

Маркина А. Ю.

Заблеваемость новорожденных детей, оставленных без попечения родителей, в сельских учреждениях родовспоможения Челябинской области

ФГБОУ ВО "ЮУГМУ" Минздрава России, г. Челябинск

Markina A.U.

Morbidity of newborn children left without parental care in rural maternity institutions of the Chelyabinsk region

Резюме

Цель: исследовать заболеваемость новорожденных на предмет выявления заболеваний, которые бы могли спровоцировать отказ матери от ребёнка. Материал и методы исследования: в качестве источников информации использовались - форма № 96 «История родов». Данные собирались за период с 2009 по 2017 год в архивах всех 26 Центральные районных больниц сельских районов Челябинской области. Результаты. В среднем за девятилетний период наблюдения уровень заболеваемости ранних социальных сирот, рожденных в сельских районах Челябинской области, составил $1\,272,7 \pm 52,2$ случая на 1 000 соответствующего контингента. Причём за девятилетний период наблюдения этот значительный показатель еще достоверно увеличился: с $1\,051,4$ случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до $1\,640,0$ случаев в 2017-м. Темп роста – 156,0%. У прочих новорожденных за этот же период средний уровень заболеваемости составил всего $215,2 \pm 21,9$ случая на 1 000 соответствующего контингента. При анализе структуры заболеваемости у ранних социальных сирот было установлено, что первое и третье места занимают патологии, которые у прочих новорожденных встречаются реже – «Нарушения церебрального статуса новорожденного» (P91) ($382,6 \pm 45,5$ случая на 1 000 соответствующего контингента) и «Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения» (Q00-99) ($127,0 \pm 20,5$ случая). Выводы: Уровень заболеваемости ранних социальных сирот превосходит показатели прочих новорожденных в 5,9 раз. распространенность врожденных аномалии у ранних социальных сирот в 3,5 раза выше, чем у прочих новорожденных. Ведущей патологией в этом классе является синдром Дауна, один случай данной патологии приходился на 33 ранних социальных сирот. Синдром Дауна - это заболевание с высоким риском социального сиротства.

Ключевые слова: отказные дети, заболеваемость, болезнь Дауна, врождённые аномалии.

Summary

Purpose: to investigate the morbidity of newborns to identify diseases that could provoke the rejection of the mother of the child. Material and methods of research: as sources of information were used - form No. 96 "history of childbirth". Data were collected for the period from 2009 to 2017 in the archives of all 26 Central district hospitals in rural areas of the Chelyabinsk region. Results. On average, during the nine-year follow-up period, the incidence rate of early social orphans born in rural areas of the Chelyabinsk region amounted to $1,272.7 \pm 52.2$ cases per 1,000 of the corresponding contingent. Moreover, over the nine-year follow-up period, this significant indicator has significantly increased: from $1\,051.4$ cases per 1,000 of the corresponding contingent in 2009 to $1\,640.0$ cases in 2017. the growth Rate is 156,0%. In other newborns during the same period, the average incidence was only 215.2 ± 21.9 cases per 1,000 of the corresponding contingent. When analyzing the structure of morbidity in early social orphans, it was found that the first and third places are occupied by pathologies that are less common in other newborns – "Violations of the cerebral status of the newborn" (P91) (382.6 ± 45.5 cases per 1,000 of the corresponding contingent) and "Congenital anomalies, deformities and chromosomal disorders" (Q00-99) (127.0 ± 20.5 cases). Conclusions: the morbidity Rate of early social orphans exceeds the indicators of other newborns by 5.9 times. the prevalence of congenital anomalies in early social orphans is 3.5 times higher than in other newborns. The leading pathology in this class is down syndrome, one case of this pathology accounted for 33 early social orphans. Down syndrome is a disease with a high risk of social orphanhood.

Key words: abandoned children, disease, down's syndrome, and congenital anomalies

Здоровье новорожденных являясь обязательной характеристикой счастливого материнства, в случае своего отсутствия оказывает существенное влияние не только на психологический климат, но и на экономическое состояние семьи. Наличие серьезной патологии у ребенка сразу превращает ее в категорию страдающих, поскольку требует от родителей самопожертвования, способность к которому есть не у всех отцов и матерей, поскольку жизненный опыт и родительские установки формируются не одновременно, а под влиянием современного инфантилизма молодёжи вообще могут формироваться всю жизнь. Следовательно, такой мотив отказа от новорожденного, как его плохое состояние здоровья, может иметь свои основания [1,2,3].

В оценке состояния здоровья детей основное значение имеют показатели заболеваемости, поскольку только они позволяют объективно оценить степень утраты здоровья ребенком [4,5]. Уровень заболеваемости новорожденных определяется не только состоянием здоровья их матери, но и её поведением в период беременности. И то и другое у матерей-отказниц ни как уж нельзя признать хорошим и здоровьесохранным. Большинство таких матерей не находятся под наблюдением акушера-гинеколога в женской консультации [6], и как следствие не санированы [7], продолжают табакокурение, употребляют алкоголь, а не редко и наркотики, сохраняют высокую сексуальной активностью с случайными партнёрами [8]. В результате такого образа жизни преждевременные роды с различной степенью недоношенности новорожденного [9]. Именно в этой группе отмечается большинство новорожденных с врождённой патологией и хроническими заболеваниями, в том числе и с социально значимой патологией новорожденных [10].

Цель: исследовать заболеваемость новорожденных на предмет выявления заболеваний, которые бы могли спровоцировать отказ матери от ребёнка.

Материал и методы исследования. Были изучены уровень и структура общей заболеваемости всей генеральной новорожденных родившихся и оставленных матерями в учреждениях родовспоможения сельских районов Челябинской области – 212 ребёнка. Полученные результаты сопоставлялись с данными о заболеваемости с таким же количеством новорожденных, взятых своими родителями на воспитание (далее по тексту – прочие новорожденные). Отбор прочих новорожденных осуществлялся методом «пара-копий». Критериями отбора были: пол, рост и масса ребёнка при рождении, баллы по шкале Апгар, срок беременности матери при родах. Первичный материал формировался с помощью метода выкопировки данных из учетной формы № 96 «История родов». Бланк выкопировки состоял из 2 разделов, первый из которых включал информацию о матери. И второй раздел касался ребёнка: пол, масса, рост, баллы по шкале Апгар, срок беременности матери при родах и патология, зарегистрированная у ребёнка. Данные собирались за период с 2009 по 2017 год. С учётом специфики изучаемой проблемы настоящее исследова-

ние было согласовано с этическим комитетом Южно-Уральского Государственного Медицинского Университета, и все требования и рекомендации этического комитета были соблюдены.

Анализ статистических закономерностей в числе прогнозирования с использованием коэффициента аппроксимации и линии тренда проводился с помощью пакета статистических программ Microsoft Office Excel 2007. Для определения статистической значимости различий или сходства показателей сравниваемых групп был применен расчет непараметрического критерия Вилкоксона-Уайта для несвязанных совокупностей (T). Различия признавались достоверными если вычисленная T была меньше табличной T05. Для выяснения случайности или значимости изменений уровней показателей в динамике по годам исследования был использован критерий итераций (Z). Значимости изменений уровней признавалась достоверной, если вычисленная Z была меньше табличной Z05.

Результаты и их обсуждение. При анализе заболеваемости ранних социальных сирот, рожденных в сельских районах Челябинской области, установлено, что уровень их заболеваемости составил $1\ 272,7 \pm 52,2$ случая на 1 000 соответствующего контингента. За девять лет наблюдения показатель достоверно вырос ($Z < Z_{05}$): с $1\ 051,4$ случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до $1\ 640,0$ случаев в 2017-м (таблица 1). Темп роста – 156,0%. Такая динамика приводит к тому, что заболеваемость ранних социальных сирот из сельской местности находится в средней обратной корреляции с динамикой заболеваемости прочих новорожденных из сельских районов ($r = -0,45$), т. е. рост заболеваемости ранних социальных сирот происходит на фоне ее снижения у прочих новорожденных (таблица 2). Средний уровень заболеваемости последних за период исследования составил $215,2 \pm 21,9$ случая на 1 000 соответствующего контингента. А сама динамика показателя имеет достоверную ($Z < Z_{05}$) тенденцию к снижению: с $289,9$ случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до $149,1$ случая в 2017-м. Темп убыли – 48,6%. Помимо отличия в динамике заболеваемости двух групп новорожденных, следует отметить и достоверно ($T < T_{05}$) более высокий ее уровень у ранних социальных сирот.

Прогноз заболеваемости для каждого из двух контингентов новорожденных из сельских районов (рисунок 1) указывает на то, что к 2020 году несходство между ними только увеличится, поскольку у ранних социальных сирот заболеваемость прогнозируется на уровне $1\ 667,5$ случая на 1 000 соответствующего контингента, а у прочих новорожденных – всего $98,4$ случая. Разница может составить $1\ 569,1$ случая.

При анализе структуры заболеваемости у ранних социальных сирот было установлено наличие патологии трех классов и группы «Прочие», объединяющей отдельные заболевания некоторых классов МКБ-10, согласно отчетной форме № 32. Ожидаемо, что первое место занимает XVI класс «Отдельные состояния,

возникающие в перинатальный период» со средним за период исследования удельным весом в 84,4%. На втором ранговом месте находится XVII класс «Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения» – каждый десятый случай. На третьем месте группа «Прочие» – 4,9%. И самая малая доля (0,7%) в структуре заболеваемости ранних социальных сирот приходится на XII класс «Болезни кожи и подкожной клетчатки».

Структура заболеваемости прочих новорожденных принципиальных отличий от таковой у ранних социальных сирот не имеет: также три класса и группа «Прочие». Но у стоящего на первом месте XVI класса доля больше – 88,7%. А врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения, как и болезни кожи и подкожной клетчатки наоборот встречаются реже – 6,6 и 0,1% соответственно. И в 4,6% у прочих новорожденных из сельской местности регистрируются от-

дельные патологии оставшихся классов МКБ-10, т. е. группа «Прочие».

В структуре заболеваемости ранних социальных сирот первое место занимают нарушения церебрального статуса новорожденного (P91) (таблица 3). Их средний уровень составляет 382,6±45,5 случая на 1 000 соответствующего контингента, или 30,1% от общего числа заболеваний. В целом за период исследования уровень распространенности этих нарушений достоверно ($Z < Z_{05}$) вырос: с 282,1 случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до 640,0 случаев в 2017-м. Темп роста – 226,9%. Нарушения церебрального статуса у прочих новорожденных занимают только третье место в структуре заболеваемости: средний уровень 22,2±3,0 случая на 1 000 соответствующего контингента, или 10,3% от общего числа заболеваний. При этом заболеваемость плавно и достоверно уменьшается к последним годам иссле-

Таблица 1. Заболеваемость ранних социальных сирот в сельских районах Челябинской области за 2009–2017 годы (на 1 000 ранних социальных сирот)

Незологическая форма	Шифр по МКБ-10	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Инфекции кожи и подкожной клетчатки	L00-L08	-	31,3	-	-	-	-	45,5	-	-
Оскальдные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00-P06	871,9	1250,2	954,0	1026,3	628,1	972,3	1227,4	1312,5	1440,0
Замедление роста и недостаточность питания	P05	128,3	218,8	232,6	157,9	162,8	194,4	318,2	250,0	200,0
Родовая травма, в т. ч.:	P10-P15	-	-	23,3	-	23,3	-	45,5	62,5	-
- родовые акушерские травмы и хронические вследствие родовой травмы	P10	-	-	-	-	23,3	-	-	62,5	-
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	P20, P21	102,6	31,3	46,5	105,3	93,0	83,3	45,5	187,5	160,0
Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде, в т. ч.:	P22-P28	-	31,3	93,0	78,9	23,3	138,9	90,9	125,0	80,0
- дыхательные расстройства у новорожденных (дисстресс)	P22.0, P22.8-9	-	31,3	93,0	78,9	23,3	111,1	90,9	62,5	80,0
- врожденная пневмония	P23	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- неонатальные аспирационные синдромы	P24.0-8	-	-	-	-	-	27,8	-	62,5	-
- неонатальная аспирационная пневмония	P24.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, в т. ч.:	P35-P39	153,8	218,8	69,8	184,2	46,5	55,6	90,9	-	80,0
- бактериемия в системе новорожденного	P36	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Перинатальные гематологические нарушения	P53, P60, P61	76,9	125,0	23,3	26,3	23,3	-	45,5	62,5	40,0
Внутригрудочные кровоизлияния	P52	-	-	23,3	26,3	23,3	55,6	-	62,5	40,0
Гемолитическая болезнь плода	P55-P57	-	62,5	23,3	-	-	27,8	45,5	-	-
Неонатальная желтуха	P58-P59	76,9	125,0	116,3	26,3	23,3	27,8	90,9	62,5	120,0
Другие нарушения церебрального статуса новорожденного	P91	282,1	375,0	255,8	421,1	209,3	305,6	454,5	500,0	640,0
Врожденные аномалии	Q00-Q99	102,6	187,5	162,8	105,3	93,0	166,7	-	125,0	200,0
Прочие болезни		76,9	31,3	46,5	26,3	23,3	83,3	45,5	250,0	80,0
Всего		1951,4	1469,0	1163,3	1157,9	744,4	1222,3	1318,4	1687,5	1640,0

Таблица 2. Заболеваемость прочих новорожденных в сельских районах Челябинской области за 2009–2017 годы (на 1 000 прочих новорожденных)

Незологическая форма	Шифр по МКБ-10	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Инфекции кожи и подкожной клетчатки	L00-L08	0,3	0,1	0,2	0,5	-	-	0,1	-	0,1
Оскальдные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00-P06	259,4	234,9	209,6	214,2	187,8	154,9	147,4	127,5	124,0
Замедление роста и недостаточность питания	P05	83,3	60,4	84,2	80,8	68,2	72,2	59,6	53,6	52,0
Родовая травма, в т. ч.:	P10-P15	16,4	17,0	18,0	15,9	10,5	13,8	13,9	13,7	13,5
- родовые акушерские травмы и хронические вследствие родовой травмы	P10	0,5	0,4	0,3	0,1	0,2	-	0,2	-	0,1
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	P20, P21	47,2	35,8	47,3	35,2	29,4	15,2	13,4	7,1	7,1
Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде, в т. ч.:	P22-P28	16,7	14,6	22,7	15,4	12,1	11,8	17,3	14,0	12,5
- дыхательные расстройства у новорожденных (дисстресс)	P22.0, P22.8-9	10,7	10,2	13,0	11,8	6,8	8,6	11,4	9,8	6,6
- врожденная пневмония	P23	0,6	0,7	4,6	1,0	0,4	0,4	0,6	0,3	0,5
- неонатальные аспирационные синдромы	P24.0-8	4,1	1,8	4,9	1,8	2,0	2,7	5,1	3,3	5,4
- неонатальная аспирационная пневмония	P24.9	0,9	1,8	0,1	0,4	0,5	-	0,1	0,3	-
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, в т. ч.:	P35-P39	5,3	5,5	6,1	4,2	2,9	1,2	2,3	1,4	1,3
- бактериемия в системе новорожденного	P36	1,9	0,3	3,0	0,1	-	-	0,1	-	-
Перинатальные гематологические нарушения	P53, P60, P61	1,6	0,7	0,8	0,8	0,3	0,5	1,2	0,5	1,7
Внутригрудочные кровоизлияния	P52	0,8	0,8	1,7	1,1	0,8	0,8	0,5	0,7	0,5
Гемолитическая болезнь плода	P55-P57	1,4	2,0	1,3	1,1	1,7	0,5	2,1	1,5	2,6
Неонатальная желтуха	P58-P59	30,2	21,0	21,3	15,1	14,6	11,4	14,3	15,0	15,8
Другие нарушения церебрального статуса новорожденного	P91	30,2	29,3	35,0	23,7	26,9	20,6	13,1	10,1	10,6
Врожденные аномалии	Q00-Q99	19,3	24,1	24,1	10,4	11,7	8,8	8,7	9,9	10,3
Прочие болезни		10,9	13,4	19,1	13,6	6,7	3,9	3,5	2,9	14,1
Всего		289,9	272,5	313,0	238,7	206,2	167,6	159,7	140,3	149,1



Рисунок 1. Прогноз до 2020 года заболеваемости ранних социальных сирот и прочих новорожденных из сельских муниципальных районов Челябинской области (на 1 000 соответствующего контингента)

Таблица 3. Структура и уровень заболеваемости двух групп новорожденных из сельских районов Челябинской области

Контингент Незологические формы, группы	Ранние социальные сироты		Прочие новорожденные	
	Удельный вес (%)	Уровень (М±m на 1 000 соответствующего контингента)	Удельный вес (%)	Уровень (М±m на 1 000 соответствующего контингента)
Нарушения церебрального статуса новорожденного (P91)	30,1 1 место	382,6±45,5	10,3 3 место	22,2±3,0
Замедление роста и недостаточность питания (P05)	16,3 2 место	207,0±18,9	31,7 1 место	68,3±4,2
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (Q00-99)	10,0 3 место	127,0±20,5	Не являются ведущей патологией	
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (P35-39)	7,9 4 место	100,0±23,7	Не являются ведущей патологией	
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах (P20,21)	7,5 5 место	95,0±17,5	12,3 2 место	26,4±5,4
Неонатальная желтуха (P58-59)	5,8 6 место	74,3±13,9	8,2 4 место	17,6±1,9
Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде (P22-28)	Не являются ведущей патологией		7,0 5 место	15,2±1,1
Родовая травма (P10-15)	Не является ведущей патологией		6,8 6 место	14,7±0,8
Прочие	22,4	286,8±29,1	23,7	50,8±4,5
Всего	100	1 272,7±52,2	100	215,2±21,9

дования: с 30,2 случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до 10,6 случая в 2017-м. Темп убыли – 65,0%. В целом же показатель распространенности нарушений церебрального статуса у ранних социальных сирот достоверно ($T < T_{05}$) выше, чем у прочих новорожденных

Второе место у ранних социальных сирот занимают замедление роста и недостаточность питания (P05), в основном гипотрофия. Заболеваемость в среднем за период исследования составила 207,0±18,9 случая на 1 000 соответствующего контингента, или 16,3% от общего числа заболеваний, а ее уровень достоверно ($Z < Z_{05}$)

вырос: со 128,3 случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до 200,0 случаев в 2017-м. Темп роста – 155,9%. У прочих новорожденных данная патология находится на первое место со средним уровнем в 68,3±4,2 случая на 1 000 соответствующего контингента и долей в 31,7%. Но за период исследования ее значимость в структуре заболеваемости у этих детей достоверно ($Z < Z_{05}$) снизилась: с 83,3 случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до 52,0 случаев в 2017-м Темп убыли – 37,6%. У ранних социальных сирот уровень показателей достоверно ($T < T_{05}$) выше, чем у прочих новорожденных.

Тройку ведущих заболеваний у ранних социальных сирот с удельным весом в 10,0% замыкает XVII класс «Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения» (Q00-Q99), в нашем случае – это болезнь Дауна, пороки сердца и сосудов, пороки развития костей черепа и головного мозга и т. п. Средний уровень данной патологии практически не различим ($T > T_{05}$) с данными городов области и составляет $127,0 \pm 20,5$ случая на 1 000 соответствующего контингента, а его изменения за период находятся в пределах случайных колебаний ($Z > Z_{05}$). Уровень распространенности врожденных аномалий, деформаций и хромосомных нарушений у прочих новорожденных очень низок: $14,1 \pm 2,2$ случая на 1 000 соответствующего контингента, поэтому они не входят в число ведущих патологий.

Четвертое место в структуре заболеваемости ранних социальных сирот занимают инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (P35-39), в нашем случае – это конъюнктивиты, дакриоциститы, кандидоз и токсоплазмоз новорожденных. Доля данной патологии в структуре заболеваемости составляет 7,9% при среднем уровне распространенности в $100,0 \pm 23,7$ случая на 1 000 соответствующего контингента. За период исследования данный показатель достоверно ($Z < Z_{05}$) снизился: со 153,8 случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до 80,0 случаев в 2017-м. Темп убыли – 48,0%

Пятое место по заболеваемости с долей в 7,5% и уровнем в $95,0 \pm 17,5$ случая на 1 000 соответствующего контингента в группе ранних социальных сирот занимают внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах (P20, P21). Эти нарушения за период исследования характеризуются достоверным ($Z < Z_{05}$) ростом: со 102,6 случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до 160,0 случаев в 2017-м. Темп роста – 155,9%. Гипоксии и асфиксии в группе прочих новорожденных находятся на втором месте со средним уровнем заболеваемости в $26,4 \pm 5,4$ случая на 1 000 соответствующего контингента. За годы исследования их распространенность среди прочих новорожденных достоверно ($Z < Z_{05}$) сократилась: с 47,2 случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до 7,1 случая в 2016–2017 годах. Темп убыли – 85,0%

На четвертом месте в группе прочих новорожденных с удельным весом в 8,2% находятся неонатальные желтухи (P58-59). Их средний уровень за период исследования составил $17,6 \pm 1,9$ случая на 1 000 соответствующего контингента и имел достоверное ($Z < Z_{05}$) снижение: с 30,2 случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до 15,8 случая в 2017-м. Темп убыли – 47,7%. Неонатальные желтухи у ранних социальных сирот находятся на шестом месте с долей в 5,8% и средним уровнем в $74,3 \pm 13,9$ случая на 1 000 соответствующего контингента. Заболеваемость данной патологией за время наблюдения достоверно ($Z < Z_{05}$) выросла: с 76,9 случая на 1 000 соответствующего контингента в 2009 году до 120,0 случаев в 2017-м при темпе роста в 156,0%. В течение всего периода исследования уровень распространенности неонатальных желтух у ранних со-

циальных сирот был достоверного ($T < T_{05}$) выше, чем у прочих новорожденных.

Пятое и шестое места среди ведущих патологий у прочих новорожденных занимают респираторные нарушения, возникшие в перинатальном периоде (P22-28), и родовая травма (P10-15) с весьма скромным удельным весом – 7,0 и 6,8% соответственно. Их распространенность также имеет сходный средний уровень: $15,2 \pm 1,1$ и $14,7 \pm 0,8$ случая на 1 000 соответствующего контингента. У ранних социальных сирот данная заболеваемость очень редкая, поэтому респираторные нарушения и родовые травмы не входят в число ее ведущих причин.

Распространенность и удельный вес других групп и нозологических форм патологии, внесенных в учетную форму № 32, невелики и не определяют общий уровень заболеваемости в обеих сравниваемых группах новорожденных из сельских муниципальных районов Челябинской области.

Исследование заболеваемости ранних социальных сирот из сельской местности позволяет сделать следующие выводы:

1. Уровня их заболеваемости превосходит показатели прочих новорожденных в 5,9 раз, а к 2020 году эта разница может достигнуть 17-ти кратного превосходства.

2. Принципиальным отличием структуры заболеваемости ранних социальных сирот является то, что в тройку ведущих причин заболеваемости входит XVII класс МКБ-10 «Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения», в то же время у прочих новорожденных распространенность данной патологии в 3,5 раза ниже.

3. Среди нозологических форм данного класса у ранних социальных сирот присутствуют пороки развития сердца и сосудов, головного мозга в сочетании с пороками развития костей черепа, а также синдром Дауна, причём в среднем по популяции новорожденных один родившийся с синдромом Дауна приходится на 1 100 родов [11], то в сельских районах Челябинской области один родившийся с синдромом Дауна приходился на 33 ранних социальных сирот.

4. В результате синдром Дауна рекомендуется обозначить как заболевание с высоким риском социального сиротства.

5. Другие же врожденные аномалии регистрируются у новорожденных, чьи матери находятся на различных стадиях люмпенизации, в процессе беременности они не наблюдались в женской консультации, не имели источника регулярных доходов, постоянного полового партнёра, употребляли наркотики, алкоголь и были ВИЧ-инфицированы, то есть девиантное материнство у них уже сформировалось до рождения ребенка и плохое состояние здоровья ребёнка просто прикрывало реальный мотив женщины по отказу от новорожденного. ■

Алена Юрьевна Маркина, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, 454092 г. Челябинск, ул.Воровского, 64, тел. 89128938075, markina_alenka@mail.ru

Литература:

1. Алиев Н.Н., Коренюк А.А. Теоретические основы взаимодействия структур общества в преодолении социального сиротства в современной России// Социальная политика и социальное партнёрство.- 2016. – №11-12. – С. 51-62.
2. Самохина К.И. Проблема отказа от новорожденно-го в отечественной и зарубежной науке: теоретико-методологический анализ (Подходы)// Женщина в российском обществе.- 2016.- № 2 (79).- С. 22—33.
3. Nolvi S, Karlsson L., Bridgett D.J. Maternal postnatal psychiatric symptoms and infant temperament affect early mother-infant bonding// *Infant Behavior & Development.*- 2016.- Vol. 43.- P. 13-23.
4. Гараева С.З. Структура неонатальной заболеваемости детей с задержкой внутриутробного развития//Вестник Российской военно-медицинской академии.- 2015.- № 1 (49).- С. 74-76.
5. Ngiam X.Y., Kang Y.Q., Aishworiya R. Child maltreatment syndrome: demographics and developmental issues of inpatient cases // *Singapore Med J.*- 2015.-V.56(11).-P.612-617.
6. Денисов О.В., Казачкова Э.А Первичная профилактика раннего социального сиротства: метод, рек. для врачей. Челябинск, 2009.-20с.
7. Beharry M.S., Shafii T., Burstein G.R. Diagnosis and treatment of chlamydia, gonorrhea, and trichomonas in adolescents // *Pediatr Ann.*- 2013.- Vol. 42 (2).-P. 26-33.
8. Williams J.A., Ofner S., Batteiger B.E. Duration of polymerase chain reaction-detectable DNA after treatment of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, and *Trichomonas vaginalis* infections in women// *Sex Transm Dis.*- 2014.- Vol. 41 (3).-P. 215-9.
9. Сыровацкая И.В. Статистический анализ заболеваемости беременных женщин и новорожденных детей//Интеллект. Инновации. Инвестиции.-2016.- № 12.- С. 104-108.
10. Нагорняк Ю.Г., Волкотруб Л.П., Красутская А.Ю/ Анализ заболеваемости беременных, уровня рождаемости и состояния здоровья новорожденных детей в г.Томске //Здравоохранение Российской Федерации.-2014.-Т58,№4.-С.37-41.
11. Бабаян, В.В. Клинико-функциональная и метаболическая характеристика детей с синдромом Дауна//Дисс.канд.мед.наук.-М.,2013.-152с.