

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ-ДОШКОЛЬНИКОВ Г.БИШКЕК, РОДИВШИХСЯ ДОНОШЕННЫМИ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ, В КАТАМНЕЗЕ

Нурматова Н.М., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В.,
Молдогазиева А.С., Мусуркулова Б.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено исследование 268 3-6-летних детей, жителей г. Бишкек, доношенных, с синдромом задержки внутриутробного развития при рождении – 140 детей с гипотрофическим вариантом I и II степени и 128 детей с гипопластическим вариантом I и II степени. Определено, что в исследуемых группах имеется значительное число случаев нарушения пищевого статуса, которое достигает при гипотрофическом варианте 28,6% при I степени и 25,8% при II степени, а при гипопластическом варианте – 53,3% и 37,0% соответственно. Отмечено, что среди 2-хлетних детей с признаками ЗВУР при рождении, независимо от клинического варианта и степени тяжести, преобладают дети с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием. Наиболее часто регистрируется микросоматический соматотип физического развития.

Ключевые слова: физическое развитие, доношенные дети, задержка внутриутробного развития, недостаточность питания.

БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ ӨЗ УБАГЫНДА ТӨРӨЛГӨН ЖАНА ТАМАКТАНУУСУ ЖЕТИШСИЗ 3-6 ЖАШАР БАЛДАРДЫН ӨСҮҮ КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ДИНАМИКАСЫ

Нурматова Н.М., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В.,
Молдогазиева А.С., Мусуркулова Б.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бишкек шаарында жашаган 3-6 жашка чейинки 268 бала изилденген, алардын ичинен 140 баланын салмагы аз болгон, ал эми 128 баланын салмагы менен катар бою да жетишсиз болгон. Салмагы аз балдардын ичинен 28,6% I даражада, 25,8% II даражада жана салмагы менен бою да жетишсиз балдардын ичинен 53,3% I даражада, 37,8% II даражада тамактануулары бузулган деп аныкталган. Түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлаш белгилери менен төрөлгөн 3-6 жашка чейинки балдардын ичинен клиникалык түрүнө жана оордугуна карабастан дисгармониялык жана өтө оор дисгармониялык өсүү менен балдар көп кездешет.

Негизги сөздөр: балдардын өсүүсү, балдар, өз убагында төрөлгөн балдар, түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлашы, тамактануу жетишсиздиги.

DYNAMICS OF PHYSICAL DEVELOPMENT INDICATORS OF PRESCHOOL AGE CHILDREN OF BISHKEK WHICH WAS BORN AS FULL-TERM WITH NUTRIENT DEFICIENCY IN CATAMNESIS

Nurmatova N.M., Vychigzhanina N.V., Borjakin J.V.,
Moldogazieva A.S., Musurculova B.A.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Research of 268 3-6-year-old children, inhabitants of Bishkek, full-term, with signs of intrauterine growth retardation at a birth is carried out – 140 children with hypotrophic variant and 128 children with hypoplastic variant. It is defined, that in investigated groups there is a considerable number of cases of nutrient status disorder which reaches at hypotrophic variant of 28,6% at I degree and 25,8% at II degree, and at hypoplastic variant – 53,3% and 37,0% accordingly. It is noticed, that among 2-year-old children with signs of IUGR at a birth, irrespective of a clinical variant and severity level, children with disharmonious and sharply disharmonious physical development prevail. Microsomatic somatotype of physical development is most often registered.

Key words: physical development, full-term children, intrauterine growth retardation, nutrient deficiency.

В современных условиях большой удельный вес в структуре причин высокой детской заболеваемости и инвалидности имеет наличие в анамнезе доношенных детей недостаточности питания (НП) или с задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) [2, 5, 7, 8].

Дети с НП в большинстве случаев требуют повышенного внимания педиатров, невропатологов, психоневрологов и других специалистов не только в момент их рождения, но и спустя много лет [7, 8]. Даже при гладком течении периода адаптации у новорожденного с признаками задержки развития, ребенок должен быть включен в группу диспансерного наблюдения, поскольку различные отклонения физического и психического развития проявляются у значительного количества

таких пациентов [7, 8]. Последний факт стимулирует поиск современных профилактических диспансерных мероприятий.

Цель работы.

Изучить факторы риска и особенности состояния здоровья детей дошкольного возраста с различными вариантами недостаточности питания для разработки рекомендаций по диспансерному наблюдению.

Материалы и методы исследования.

Оценка медико-биологических данных, результатов клиничко-лабораторных исследований, показателей течения беременности, родов, состояния плодов проводилась в сравниваемых группах. Формирование групп исследования проводили исходя из

возраста, клинического варианта и степени тяжести ЗВУР и недостаточности питания.

В зависимости от варианта ЗВУР были выделены две группы детей дошкольного возраста (3-6 лет). В первую группу было включено 140 детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР. Из них 105 детей имели гипотрофический вариант ЗВУР I степени (1а подгруппа), 35 детей – гипотрофический вариант ЗВУР II степени (1б подгруппа). Контрольную группу составили 50 здоровых детей, родившихся доношенными без синдрома ЗВУР. Вторую группу составили дети с гипопластическим вариантом ЗВУР – 128 детей. Из них 86 детей имели гипопластический вариант ЗВУР I степени (2а подгруппа), 42 ребенка – гипопластический вариант ЗВУР II степени (2б подгруппа). Контрольная группа была сформирована методом случайной выборки без проявлений ЗВУР и составила 50 детей.

ЗВУР диагностировалась у новорожденных, масса тела которых по таблицам стандартных отклонений оказалась менее 10 перцентиля для данного гестационного возраста.

Определение клинического варианта ЗВУР проводилось по основным диагностическим критериям, предложенным Г.М.Дементьевой [3, 4], к которым относятся: снижение массы, длины тела, окружности головы на 1,5 - 2 и более стандартных отклонения оценочных таблиц в сравнении с должными для данного возраста; массоростовой индекс (МРИ) менее 60; диспропорциональное (диспластическое) телосложение; наличие признаков трофических нарушений кожи и слизистых оболочек; малые аномалии (дизгенетические признаки) развития; наличие врожденных пороков развития.

Степень тяжести гипотрофического варианта ЗВУР определялась по дефициту массы тела по отношению к длине тела: I степень (легкая) – дефицит массы 1,5-2 сигмы, МРИ 59-56; II степень (средней тяжести) – дефицит массы 2-3 сигмы, МРИ 55-50.

Степень тяжести гипопластического варианта определялась по дефициту длины тела и окружности головы по отношению к сроку гестации: I степень (легкая) - дефицит 1,5-2 сигмы; II степень (средней тяжести) - более 2, но менее 3 сигм.

Все обследованные дети родились доношенными в срок 38-41 недель беременности.

Антропометрический статус оценивался путем измерения массы, длины тела, окружности головы, окружности грудной клетки. Для оценки физического развития детей использовали таблицы стандартных отклонений. Оценку антропометрических показателей проводили отдельно для девочек и мальчиков.

Наблюдение за детьми осуществлялось в детской поликлинике № 2,3,8 и консультативно-диагностического отделения НЦОМид г. Бишкека. Анализ заболеваемости выполнялся с использованием истории развития ребенка (формы № 112), справок, выписок из историй болезни в случае госпитализации наблюдаемых детей в стационары города.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась согласно методическим рекомендациям Власовой И.Н. [1, 9] по шести основным крите-

риям, определяющим здоровье: 1) особенности онтогенеза, определяемые по данным генеалогического, биологического и социального анамнеза; 2) уровень физического развития и степень его гармоничности; 3) уровень нервно-психического развития; 4) уровень резистентности организма; 5) уровень функционального состояния организма; 6) наличие или отсутствие хронических заболеваний или врожденных пороков развития.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета программ статистической обработки при помощи углового преобразования F – Фишера. Критерий Фишера был использован нами с целью сопоставления выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта, что позволило оценить достоверность различий между процентными долями выборок.

Результаты и обсуждение.

При оценке антропометрических данных детей первой группы наблюдений нами отмечено, что тяжелое нарушение пищевого статуса отмечалось у 1 ребенка (1,0%), родившегося с I степенью гипотрофического варианта ЗВУР, и у 1-го ребенка (2,9%) – при наличии при рождении II степени гипотрофического варианта ЗВУР. Умеренное нарушение пищевого статуса зарегистрировано у 27,6% детей с I степенью гипотрофического варианта ЗВУР и у 22,9% детей со II степенью гипотрофического варианта ЗВУР при рождении (табл. 1).

Таким образом, каждый четвертый ребенок, родившийся с гипотрофией I и II степени, до возраста 3-6 лет возраста остается в группе риска по нарушению питания.

Следует отметить, что, в сопоставлении с данными аналогичных исследований, можно отметить снижение частоты умеренных нарушений пищевого статуса: у 2-хлетних детей с признаками ЗВУР в катамнезе умеренное нарушение пищевого статуса регистрировалось у 32,6% детей с I степенью гипотрофического варианта ЗВУР и у 53,3% детей со II степенью гипотрофического варианта ЗВУР при рождении [6], однако полной компенсации состояния питания не происходит.

У детей с признаками гипопластического варианта ЗВУР при рождении нами отмечено, что тяжелое нарушение пищевого статуса отмечалось у 2 детей (2,3%), родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР I степени и у 3 детей (7,1%), родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени, что служит свидетельством отсутствия у этих пациентов возможностей для восстановления показателей физического развития, соответствующих данному возрасту. Умеренное нарушение пищевого статуса зафиксировано у 47,7% детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР I степени, и у 19,0% детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени (табл. 2).

Кроме того, в данных подгруппах детей наблюдались случаи избыточной массы тела и ожирения, что, видимо, было связано с патологическим эндокринным дисбалансом, обусловленным нарушениями нейроэндокринной регуляции на фоне латентных очагов

Таблица 1.

Динамика физического развития 3-6-ти летних детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР

Диагностика веса	Гипотрофия				Контроль		Достоверность различий		
	I ст.		II ст.		абс.	%	p (I-II)	p (I-к)	p (II-к)
	абс.	%	абс.	%					
Нормальный темп набора веса	38	36,2	5	14,3	0	0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Пониженный (-2--1СО)	33	31,4	18	51,4	2	4,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Умеренное нарушение пищевого статуса (-2--3СО)	29	27,6	8	22,9	1	2,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Тяжелое нарушение пищевого статуса (менее -3СО)	1	1,0	1	2,9	0	0,0	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Избыточный вес (+2-+3СО)	3	2,9	2	5,7	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.05
Ожирение (более +СО)	1	1,0	1	2,9	0	0,0	p>0.05	p>0.05	p>0.05

Таблица 2

Динамика физического развития 3-6-ти летних детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР

Диагностика веса	Гипопластич.				Контроль		Достоверность различий		
	I ст.		II ст.		абс.	%	p (I-II)	p (I-к)	p (II-к)
	абс.	%	абс.	%					
Нормальный темп набора веса	6	7,0	4	9,5	0	0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Пониженный (-2--1СО)	34	39,5	22	52,4	2	4,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Умеренное нарушение пищевого статуса (-2--3СО)	41	47,7	8	19,0	1	2,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Тяжелое нарушение пищевого статуса (менее -3СО)	2	2,3	3	7,1	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.01
Избыточный вес (+2-+3СО)	2	2,3	3	7,1	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.01
Ожирение (более +СО)	1	1,2	2	4,8	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.05

инфекции, однако данное положение требует более глубокого клинико-лабораторного подтверждения.

У детей с признаками гипопластического варианта ЗВУР при рождении нами отмечено, что тяжелое нарушение пищевого статуса отмечалось у 26 детей (28,3%), родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР I степени и у 9 детей (19,6%), родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени, что служит свидетельством отсутствия у этих пациентов возможностей для восстановления показателей физического развития, соответствующих данному возрасту. Умеренное нарушение пищевого статуса зафиксировано у 33,7% детей, родившихся с признаками гипопластического

варианта ЗВУР I степени, и у 17,4% детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени.

В динамике, при сопоставлении с данными аналогичных исследований 2-хлетних детей с признаками ЗВУР в катamnезе, следует отметить, что при гипопластическом варианте ЗВУР умеренное нарушение пищевого статуса регистрируется с течением времени с той же частотой 32,6% у 2-хлетних детей с I степенью гипопластического варианта ЗВУР и у 33,7% 3-6-летних детей, а число детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР II степени, снижается с 53,3% до 17,4%. Последнее соотношение, скорее всего, отражает не столько позитивную динамику, сколько

возможный неблагоприятный исход при инфекционных заболеваниях у этих детей, и требует дополнительного изучения смертности детей с признаками ЗВУР при рождении.

На основании полученных данных проводилось дальнейшее исследование антропометрических показателей развития детей.

При определении соматотипов у детей исследуемых групп было отмечено, что дети с ЗВУР достоверно чаще относятся к микросоматическому и достоверно реже к мезосоматическому типам физического развития по сравнению с контрольной группой, где преобладают дети с мезосоматическим типом развития ($p < 0,01$).

Таким образом, изучение физического развития в группах исследуемых детей выявило, во-первых нарушение гармоничности развития: увеличение среди детей с ЗВУР независимо от клинического варианта и степени тяжести числа детей с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием; во-вторых преобладание детей с микросоматическим соматотипом развития, что требует наблюдения в особой диспансерной группе.

Выводы.

1. 3-6-летние дети, родившиеся доношенными с признаками гипотрофического варианта ЗВУР, в значительном числе случаев имеют нарушения пищевого статуса, частота которых при наличии при рождении признаков I степени данного отягощения достигает 28,6%, II степени – 25,8%.

2. 3-6-летние дети, родившиеся доношенными с признаками гипопластического варианта ЗВУР, в значительном числе случаев имеют нарушения пищевого статуса, частота которых при наличии при рождении признаков I степени данного отягощения достигает 53,3%, II степени – 37,0%.

3. Среди 3-6-летних детей с признаками ЗВУР при рождении, независимо от клинического варианта и

степени тяжести, преобладают дети с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием.

4. Среди 3-6-летних детей с признаками ЗВУР при рождении наиболее часто регистрируется микросоматический соматотип физического развития.

Литература:

1. Власова И.Н. Методы комплексной оценки состояния здоровья детей раннего возраста / И.П. Власова, Т.Ф. Лыскова, В.С. Процагина, М.Н. Седельникова // Н.Новгород, 1997.-36 с.

2. Гольденберг О.П. Особенности состояния здоровья детей с задержкой внутриутробного развития на первом году жизни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 114.00.09. / - Астрахань, 2001. - 21 с.

3. Дементьева Г.М. Оценка физического развития новорожденных: Метод, рекомендации / - М., 1984. - 44 с.

4. Дементьева, Г.М. Дифференцированная оценка детей с низкой массой при рождении / Г.М. Дементьева, Е.В. Короткая // Вопросы охраны материнства и детства. - 1981. - № 2. - С. 15-20.

5. Кельмансон И.А. Низковесный новорожденный и отсроченный риск кардио-респираторной патологии / И.А. Кельмансон. - СПб.: СпецЛит, 1999.- 156 с.

6. Кудаяров Д.К., Кудайбергенова К.А., Наричына Л.М. – Динамика показателей физического развития двухлетних детей г. Бишкек, родившихся доношенными с недостаточностью питания. – Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева, № 4 (II), 2013, с. 82-85.

7. Медведев М.В. Задержка внутриутробного развития плода / М.В. Медведев, Е.В. Юдина - 2-е изд. - М.: РАВУЗДПВ, 1998. - 208 с.

8. Стрижаков А.Н. Задержка развития плода / А.Н. Стрижаков, Е.Т. Михайленко, А.Т. Бунин, М.В. Медведев. - К.: Здоровья, 1988. - 184 с.

9. Филиппов Е.С. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста //Здоровье детей Сибири. - 2000. - № 1. - С. 31-43.