

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДВУХЛЕТНИХ ДЕТЕЙ Г.БИШКЕК, РОДИВШИХСЯ ДОНОШЕННЫМИ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ

Д.К. Кудаяров, К.А. Кудайбергенова, Л.М. Наричына

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведено исследование 395 2-хлетних детей, жителей г. Бишкек, доношенных, с синдромом задержки внутриутробного развития при рождении - 257 детей с гипотрофическим вариантом I и II степени и 138 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 35,1% при I степени и 61,3% при II степени, а при гипопластическом варианте — 62,0% 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.

ОЗ УБАГЫНДА ТЕРЕЛГЕН ЖАНА ТАМАКТАНУУСУ ЖЕТИШСИЗ БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ 2 ЖАШАР БАЛДАРДЫН ОСУУ КЕРСВТКУЧТОРУНУН ДИНАМИКАСЫ

Д.К. Кудаяров, К.А. Кудайбергенова, Л.М. Наричына

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
неонатология курсу менен госпиталдык педиатрия кафедрасы.
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бишкек шаарында жашаган 2 жашка чейинки 395 бала изилденген, апардын ичинен 257 баланын салмагы аз болгон, ал эми 138 баланын салмагы менен катар бою да жетишсиз болгон. Салмагы аз балдардын ичинен 35,1% I даражада, 61,3% II даражада жана салмагы менен бою да жетишсиз балдардын ичинен 37% I даражада, 62% II даражада тамактануулары бузулган деп аныкталган. Туйулдуктун есушунун начарлаш белгилери менен терелген 2 жашка чейинки балдардын ичинен клиникалык туруне жана оордугуна карабастан дисгармониялык жана ете оор дисгармониялык есуу менен балдар кеп кездешет.

Негизги сездер: балдардын есуусу, балдар, езу убагында терелген балдар, туйулдуктун есушунун начарлашы, тамактануу жетишсиздиги.

DYNAMICS OF PHYSICAL DEVELOPMENT INDICATORS OF TWO-YEAR-OLD CHILDREN OF BISHKEK WHICH WAS BORN AS FULL-TERM WITH NUTRIENT DEFICIENCY

D.K. Kudajarov, K.A. Kudajbergenova, L.M. Naritsyna

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Chair of hospital pediatrics with course of neonatology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Research of 395 2-year-old children, inhabitants of Bishkek, full-term, with signs of intrauterine growth retardation at a birth is carried out - 257 children with hypotrophic variant and 138 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 35,1% at I degree and 61,3% at II degree, and at hypoplastic variant - 62,0% 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 prevail¹. Microsomatic somatotype of physical development¹ is most often registered.

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

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

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, 6,7].

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 [6,7]. 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 [6,7]. 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 возраста ЗВУР были выделены две группы 2-х летних детей. В первую группу было включено 257 детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР при рождении. Из них 132 ребенка имели гипотрофический вариант ЗВУР I степени (1а подгруппа) 75 детей - гипотрофический вариант ЗВУР II степени (1б подгруппа). Контрольную группу составили 50 здоровых детей, родившихся доношенными без синдрома ЗВУР.

Вторая группа была представлена детьми с гипопластическим вариантом ЗВУР при рождении в количестве 138 человек. Из них 92 ребенка имели гипопластический вариант ЗВУР I степени (2а подгруппа), 46 детей - 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; массо-ростовой 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, 8] по шести

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

основным критериям, 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 обсуждения

При оценке антропометрических данных детей первой группы наблюдений нами отмечено, что тяжелое нарушение пищевого статуса отмечалось у 2 детей (1,5%), родившихся с I степенью гипотрофического варианта ЗВУР, при наличии при рождении II степени гипотрофического варианта ЗВУР - у 6 детей (8,0%), что в данном случае свидетельствует о низких компенсаторных возможностях развивающегося организма. Умеренное нарушение пищевого статуса зарегистрировано у 32,6% детей с I степенью гипотрофического варианта ЗВУР и у 53,3% детей со II степенью гипотрофического варианта ЗВУР при рождении (рис.1)

Таким образом, каждый третий ребенок, родившийся с признаками I степени гипотрофического варианта ЗВУР и половина детей, родившихся со II-ой степенью гипотрофического варианта ЗВУР до 2-хлетнего возраста остаются в диспансерной группе риска по нарушению питания.

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 (рис.2).

На основании полученных результатов проводилось дальнейшее исследование антропометрических показателей развития детей, в частности, определение соматотипов.

При проведении данного исследования в исследуемых группах детей 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 физического развития.

Выводы

1.2-хлетние 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 35,1%, II степени - 61,3%.

2.2-хлетние 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 62,0%, II степени - 37,0%.

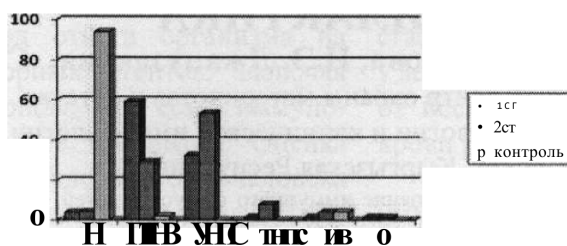
3. Среди 2-хлетних детей с признаками ЗВУР при рождении, независимо от клинического варианта и степени тяжести, преобладают дети с дисгармоничным и резко дисгармоничным физическим развитием.

4. Среди 2-хлетних детей с признаками ЗВУР при рождении наиболее часто регистрируется микросоматический соматотип физического развития.

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

Рисунок 1

Динамика набора веса у 2-хлетиихдетей, родившихся с признаками гипотрофического варианта ЗВУР



Н— нормальный темп набора веса; ПТВ - пониженный темп набора веса; УПС - умеренное нарушение пищевого статуса; ТПС - тяжелое нарушение пищевого статуса; ИВ - избыточный вес; О - ожирение.

Рисунок 2

Динамика набора веса у 2-хлетних детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР



Н — нормальный темп набора веса; ПТВ - пониженный темп набора веса; УПС -умеренное наружение пищевого статуса, ТПС-тяжелое нарушение пищевого статуса; ИВ - избыточный вес; О - ожирение.

Литература:

1. Власова И.Н. Методы комплексной оценки состояния здоровья детей раннего возраста / И.Р. Власова, Т.Ф. Лыскова, В.С. Прощагина, М.Н. Седельникова//Н.Новгород, 1997.-36 с.
2. ГольденбергО.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 кардиореспираторной патологии / И.А. Кельмансон. - СПб.: СпецЛит, 1999,- 156 с.
6. МедведевМ.В.Задержкавнутриутробного развития плода / М.В. Медведев, Е.В. Юдина - 2-е изд. - М.: РаВУЗДПВ, 1998. - 208 с.
7. Стрижаков А.Н. Задержка развития плода / А.Н. Стрижаков, Е.Т. Михайленко, А.Т. Бунин, М.В. Медведев. - К.: Здоровья, 1988. - 184 с.
8. Филиппов Е.С. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста // Здоровье детей Сибири. - 2000. - № 1. - С. 31 -43.