

## ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, В КАТАМНЕЗЕ

Зинченко М.Л., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В.,  
Молдогазиева А.С., Болотбекова А.Ж.

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

**Резюме.** Проведено исследование 395 2-хлетних детей, жителей г. Бишкек, доношенных, с синдромом задержки внутриутробного развития (ЗВУР) 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 регистрируются повышенная инфекционная заболеваемость и нарушения обмена веществ, частота которых нарастает с увеличением степени выраженности вариантов ЗВУР. Наибольшая заболеваемость выявлена у детей с гипопластическим вариантом ЗВУР.

**Ключевые слова:** инфекционная заболеваемость, доношенные дети, задержка внутриутробного развития.

## ТҮЙҮЛДҮКТҮН ӨСҮШҮНҮН НАЧАРЛООСУ МЕНЕН ЖАНА ӨЗ УБАГЫНДА ТӨРӨЛГӨН БАЛДАРДЫН ООРУКЧАНДЫГЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ ЖҮРГҮЗҮЛГӨН БАЙКООЛОРДУН ЖЫЙЫНТЫГЫНДА

Зинченко М.Л., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В.,  
Молдогазиева А.С., Болотбекова А.Ж.

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

**Корутунду.** Бишкек шаарында жашаган 2 жашка чейинки жана өз убагында төрөлгөн 397 бала изилденген, алардын ичинен 257 баланын салмагы I, II даражада аз болгон, ал эми 138 баланын салмагы менен катар бою да I, II даражада жетишсиз болгон. Изилденген группалардын ичинде жогорку инфекциялык оорукчандык жана зат алмашуунун бузулуулары катталган, ошондой эле бул өзгөрүүлөр түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлашынын даражасы өскөн сайын көп кездешкен. Эң көп оорукчандык салмагы менен катар бою да жетишсиз болгон балдардын арасында байкалган.

**Негизги сөздөр:** инфекциялык оорукчандык, өз убагында төрөлгөн балдар, түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлашы.

## FEATURES OF CASE RATE OF FULL-TERM CHILDREN INFECTIOUS WHO WERE BORN WITH INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION IN CATAMNESIS

Zinchenko M. L., Vychigzhanina N.V., Borjakin J.V.,  
Moldogazieva A.S., Bolotbekova A.Z.

I.K.Ahunbaev Kyrghyz State Medical Academy  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Research of 395 2-year-old children, inhabitants of Bishkek, full-term, with signs of intrauterine growth retardation (IUGR) 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 the raised infectious case rate and the metabolism disorders are registered and its frequency accrues with increase in degree of expressiveness of IUGR variants. The greatest infectious case rate is revealed in children with hypoplastic variant of IUGR.

**Keywords:** infectious case rate, full-term children, intrauterine growth retardation.

Внутриутробное состояние плода оказывает существенное влияние на последующее развитие ребенка и становление всех жизненных функций организма. Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) или недостаточность питания (НП) является

актуальной проблемой педиатрии, решение которой позволит качественно улучшить состояние здоровья детей всех возрастов [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 регистрируются у подавляющего количества таких пациентов [6,7]. Последний факт стимулирует поиск современных профилактических диспансерных мероприятий.

**Цель работы.** Провести комплексную оценку состояния здоровья детей 2-х летнего возраста, родившихся с задержкой внутриутробного развития, для разработки рекомендаций по диспансерному наблюдению.

### **Задачи исследования**

1. Изучить инфекционную заболеваемость детей с недостаточностью питания в 2-х летнем возрасте, родившихся с задержкой внутриутробного развития.

2. Разработать рекомендации по диспансеризации детей с высоким риском инфекционной заболеваемости на фоне ЗВУР.

### **Материалы и методы исследования**

Оценка медико-биологических данных, результатов клинико-лабораторных исследований, показателей течения беременности, родов, состояния плодов проводилась в сравниваемых группах. Формирование групп исследования осуществлялось 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).

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 новорожден-

ных, 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 центрах семейной медицины №№ 2,3,8 и в консультативно-диагностическом отделении НЦОМид (г.Бишкек). 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 И.Н.Власовой [1, 8], по шести 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 с целью сопоставления выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта, что позволило оценить достоверность различий между процентными долями выборок.

## Результаты и обсуждение

Дети с ЗВУР в большинстве случаев требуют повышенного внимания педиатров, невропатологов, психоневрологов и других специалистов. Согласно критериям оценки состояния здоровья, новорожденный с признаками задержки развития, независимо от течения периода адаптации, должен быть включен в особую группу диспансерного наблюдения, так как на фоне несовершенного иммунитета у него регистрируется повышенная инфекционная заболеваемость на первом году жизни.

Прежде всего, в ходе настоящего исследования, отмечена высокая заболеваемость детей с ЗВУР в отличие от детей группы контроля, родившихся без признаков ЗВУР, с нормальными массо-ростовыми показателями (табл. 1).

При проведении рентгенографии органов грудной клетки, в связи с подозрением на заболевания легких, была диагностирована гиперплазия вилочковой железы у 84 детей (63,6%) с гипотрофическим вариантом ЗВУР I степени, у 62 детей (82,7%) – II степени, а также у 4 детей (8,0%) контрольной группы. Анемия была выявлена у 64 детей (48,5%) – при I степени гипотрофии, у 46 детей (61,3%) – при II степени и у 1 ребенка (2,0%) из контрольной группы.

Отиты были зарегистрированы у 35 детей (26,5%) при I степени, у 38 детей (50,7%) при II степени и у 3 (6,0%) в контрольной группе. Синуситы отмечались только у детей со II степенью гипотрофии в 4-х случаях (5,3%). Фарингиты – у 5 детей (3,8%) при I степени, у 12 (16,0%) – при II и у 2 (4,0%) в контрольной группе. Тонзиллиты – у 8 детей (6,1%) при I степени, у 23 (30,7%) при II, а также у 3-х

(6,0%) в контрольной группе. Ларинготрахеиты – у 12 (9,1%) детей с I степенью гипотрофии, у 23 (30,7%) – со II и у 3 (6,0%) в контрольной группе. ОРВИ было зарегистрировано у 38 детей (28,8%) в 1а подгруппе, у 42 детей (56,0%) – в 1б и у 8 (16,0%) – в контроле. Пневмонией страдали 23 ребенка (17,4%) при гипотрофии I степени, 34 (45,3%) при II и 3 (6,0%) – в контрольной группе. Бронхиты были диагностированы у 44 детей (33,3%) в 1а подгруппе, у 48 (64,0%) – в 1б, и у 4 (8,0%) – в контроле. Риниты – у 105 детей 79,5% – в 1а подгруппе, у 124 (165,3%) – в 1б и у 15 (30,0%) – в контрольной группе.

Следует отметить, что кратность острых инфекционных заболеваний у детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР I степени составила в среднем 5 раз в год, в отличие от детей с гипотрофией II степени – 6 раз в год.

В контрольной группе кратность таких заболеваний составила 0-3 раза в год (в среднем  $1,6 \pm 0,14$ ), индекс частоты острых заболеваний достиг значения  $ОД3+0,01$ , что свидетельствует о хорошем уровне резистентности этих детей ( $p < 0,05$ ).

Нами отмечено, что в большинстве случаев обследуемые дети страдали кариесом: в подгруппе 1а – 64 ребенка (48,5%), 1б – 67 (89,3%) и 8 (16,0%) – в контрольной группе. Афтозный стоматит наблюдался у 22 детей (16,7%) в 1а подгруппе, у 36 (48,0%) – в 1б и у 2 (4,0%) – в контрольной группе.

Гастроэнтероколиты перенесли 17 детей (12,9%) из 1а подгруппы; 19 (25,3%) – из 1б подгруппы и 3 (6,0%) – в контрольной группе. Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) была зарегистрирована у 76 детей (57,6%), родившихся с I степенью гипотрофии, у 52 (69,3%) – со II степенью и у 4 (8,0%) – в контрольной группе.

Нарушением осанки страдали 38 детей (28,8%) и 39 детей (52,0%) в обеих исследуемых подгруппах. Инфекция мочевыводящих путей была зарегистрирована у 31 ребенка (23,5%) в 1а подгруппе и у 34 детей (45,3%) в 1б подгруппе.

Таким образом, приведенные выше показатели свидетельствуют о том, что детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР, можно выделить в группу часто и длительно болеющих детей. Это объясняется тем, что недостаточность питания усугубляет степень выраженности и длительность транзиторного иммунодефицита, а возникающий при этом

Заболеваемость 2-х летних детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР

Нозологические формы	Гипотрофия				Контроль		Достоверность различий	
	I ст.		II ст.		абс.	%	p (I-к)	p (II-к)
	абс.	%	абс.	%				
Гиперплазия вилочковой железы	84	63,6	62	82,7	4	8,0	p<0.01	p<0.01
Анемия	64	48,5	46	61,3	1	2,0	p<0.01	p<0.01
Нарушение зрения	4	3,0	5	6,7	0	0,0	p<0.05	p<0.01
Отиты	35	26,5	38	50,7	3	6,0	p<0.01	p<0.01
Пороки сердца	3	2,3	5	6,7	0	0,0	p<0.05	p<0.01
Синуситы	0	0,0	4	5,3	0	0,0	p>0.05	p<0.01
Фарингиты	5	3,8	12	16,0	2	4,0	p>0.05	p<0.01
Тонзиллиты	8	6,1	23	30,7	3	6,0	p>0.05	p<0.01
Ларинготрахеиты	12	9,1	23	30,7	3	6,0	p>0.05	p<0.01
ОРВИ	38	28,8	42	56,0	8	16,0	p<0.05	p<0.01
Пневмония	23	17,4	34	45,3	3	6,0	p<0.05	p<0.01
Бронхиты	44	33,3	48	64,0	4	8,0	p<0.01	p<0.01
Риниты	65	79,5	64	85,3	15	30,0	p<0.01	p<0.01
Бронхиальная астма	2	1,5	3	4,0	0	0,0	p>0.05	p<0.05
Кариес	64	48,5	67	89,3	8	16,0	p<0.01	p<0.01
Афтозный стоматит	22	16,7	36	48,0	2	4,0	p<0.01	p<0.01
Гастроэнтероколиты	17	12,9	19	25,3	3	6,0	p>0.05	p<0.01
ДЖВП	76	57,6	52	69,3	4	8,0	p<0.01	p<0.01
Атопические дерматиты	2	1,5	4	5,3	0	0,0	p>0.05	p<0.01
Крапивница	8	6,1	11	14,7	0	0,0	p<0.01	p<0.01
Нарушение осанки	38	28,8	39	52,0	0	0,0	p<0.01	p<0.01
Инфекции мочевыводящих путей	31	23,5	34	45,3	0	0,0	p<0.01	p<0.01

дисбаланс иммунологической реактивности приводит к инфекционной патологии в раннем возрасте.

Как явствует из результатов исследования, дети с недостаточностью питания чаще болеют инфекционными заболеваниями и болезнями обмена веществ по сравнению с детьми из контрольной группы. В структуре инфекционной заболеваемости во всех обследуемых группах преобладали острые респираторные заболевания, но среди детей с ЗВУР они встречались в 2-4 раза чаще, чем среди детей контрольной группы.

У детей с недостаточностью питания во всех группах диагностирована железодефицитная анемия, тогда как в контрольной группе она была

отмечена только у 1 ребенка.

При анализе заболеваемости детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР, по сравнению с показателями детей из группы контроля, выявленные закономерности приобретают еще большую наглядность (табл.2).

При проведении исследований у 2-х летних детей, родившихся с признаками гипопластического варианта ЗВУР, определен ряд особенностей. Гиперплазия вилочковой железы наблюдалась у 73 детей (79,3%) при I степени этого варианта ЗВУР, у 43 детей (93,5%) – при II степени, а также у 4 детей (8,0%) контрольной группы. Анемия была выявлена у 71 ребенка (77,2%) – при I степени, у 38 детей



Заболеваемость 2-х летних детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР

Нозологические формы	Гипоплазия				Контроль		Достоверность различий		
	I ст.		II ст.		абс.	%	p (I-II)	p (I-к)	p (II-к)
	абс.	%	абс.	%					
Гиперплазия вилочковой железы	73	79,3	43	93,5	4	8,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Анемия	71	77,2	38	82,6	1	2,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Нарушение зрения	2	2,2	3	6,5	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.01
Отиты	27	29,3	31	67,4	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Пороки сердца	2	2,2	3	6,5	0	0,0	p>0.05	p<0.05	p<0.01
Синуситы	1	1,1	3	6,5	0	0,0	p<0.05	p>0.05	p<0.01
Фарингиты	7	7,6	18	39,1	2	4,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
Тонзиллиты	14	15,2	26	56,5	3	6,0	p<0.01	p<0.05	p<0.01
Ларинготрахеиты	11	12,0	36	78,3	3	6,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
ОРВИ	36	39,1	37	80,4	8	16,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Пневмония	27	29,3	43	93,5	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Бронхиты	42	45,7	44	95,6	4	8,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Риниты	42	45,7	43	93,5	15	30,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Кариес	52	56,5	38	82,6	8	16,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Афтозный стоматит	8	8,7	12	26,1	2	4,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
Гастроэнтероколиты	7	7,6	12	26,1	3	6,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01
ДЖВП	73	79,3	39	84,8	4	8,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Атопические дерматиты	3	3,3	5	10,9	0	0,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01
Крапивница	7	7,6	12	26,1	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Нарушение осанки	28	30,4	34	73,9	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Инфекции мочевыводящих путей	38	41,3	27	58,7	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01

(82,6%) – при II степени и у 1 ребенка (2,0%) из контрольной группы.

Отиты были зарегистрированы у 27 детей (29,3%) при I степени, у 31 детей (67,4%) при II степени и у 3 (6,0%) в контрольной группе. Синуситы отмечались больше у детей со II степенью – у 3-х (6,5%). Фарингиты – у 7 детей (7,6%) при I степени, у 18 детей (39,1%) – со II и у 2-х (4,0%) в контрольной группе. Тонзиллиты – у 14 детей (15,2%) при I степени, у 26 (56,5%) при II, а также у 3-х (6,0%) в контроле. Ларинготрахеиты – у 11 (12%) детей с I степенью, у 36 (78,3%) – со II у 3-х (6,0%) в контрольной группе. ОРВИ было зарегистрировано у 36 детей (39,1%) во 2а подгруппе, у 37 детей (80,4%) – во 2б и у 8 (16,0%) – в контроле. Пневмонией страдали 27 ребенка (29,3%) при I степени, 43

(93,5%) при II и 3 (6,0%) – в контрольной группе. Бронхиты были диагностированы у 42 детей (45,7%) во 2а подгруппе, у 54 (117,4%) – во 2б, и у 4 (8,0%) – в контроле. Риниты – у 105 детей (114,1%) – во 2а подгруппе, у 134 (291,3%) – во 2б и у 15 (30,0%) – в контрольной группе.

Кратность острых заболеваний у детей с гипопластическим вариантом ЗВУР I степени составила в среднем 6 раз в год, в отличие от детей со II степенью – 7 раз в год. Как указывалось выше, в контрольной группе кратность заболеваний составила 0-3 раза в год, индекс частоты острых заболеваний был ОД 3+0,01, что свидетельствует о хорошем уровне резистентности этих детей (p<0,05).

В большинстве случаев дети страдали кариесом: во 2а подгруппе – 52 ребенка

Сравнительная оценка заболеваемости 2-х летних детей, родившихся с I степенью гипотрофического и гипопластического вариантов ЗВУР

Нозологические формы	Гипотрофия (Гт)		Гипоплазия (Гп)		Контроль	Достоверность различий				
	I ст.		I ст.			Абс.	%	p (Гт-Гп)	p (Гт-к)	p (Гп-к)
	Абс.	%	Абс.	%						
Гиперплазия вилочковой железы	84	63,6	73	79,3	4	8,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01	
Нарушение зрения	4	3,0	2	2,2	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01	
Отиты	35	26,5	27	29,3	3	6,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01	
Пороки сердца	3	2,3	2	2,2	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01	
Синуситы	0	0,0	1	1,1	0	0,0	p>0.05	p>0.05	p>0.05	
Фарингиты	5	3,8	7	7,6	2	4,0	p<0.01	p>0.05	p<0.05	
Тонзиллиты	8	6,1	14	15,2	3	6,0	p<0.01	p>0.05	p<0.01	
Ларинготрахеиты	12	9,1	11	12,0	3	6,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01	
ОРВИ	38	28,8	36	39,1	8	16,0	p<0.05	p<0.05	p<0.01	
Пневмония	23	17,4	27	29,3	3	6,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01	
Бронхиты	44	33,3	42	45,7	4	8,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01	
Риниты	65	79,5	42	45,7	15	30,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01	
Бронхиальная астма	2	1,5	14	15,2	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01	
Кариес	64	48,5	52	56,5	8	16,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01	
Афтозный стоматит	22	16,7	8	8,7	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01	
Гастроэнтероколиты	17	12,9	7	7,6	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p>0.05	
ДЖВП	76	57,6	73	79,3	4	8,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01	
Атопические дерматиты	2	1,5	3	3,3	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01	
Крапивница	8	6,1	7	7,6	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01	
Нарушение осанки	38	28,8	28	30,4	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01	
Инфекция мочевыводящих путей	31	23,5	38	41,3	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01	

(56,5%), во 2б – 38 (82,6%) и 8 (16,0%) – в контроле. Афтозный стоматит наблюдался у 8 детей (8,7%) во 2а подгруппе; у 12 (26,1%) – во 2б и у 2 (4,0%) – в контрольной группе.

Гастроэнтероколиты перенесли 7 детей (7,6%) во 2а подгруппе; 12 (26,1%) – во 2б подгруппе и 3 (6,0%) – в контроле.

ДЖВП была зарегистрирована у 73 детей (79,3%), родившихся с I степенью данного варианта ЗВУР, у 39 (84,8%) – со II степенью и у 4 (8,0%) – в контрольной группе.

В подгруппах детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР, наблюдались атопические дерматиты у 3 детей

(3,3%) во 2а и у 5 детей (10,9%) – во 2б подгруппах соответственно. Крапивница выявлена у 7 детей (7,6%) с I степенью и у 12 (26,1%) – со II.

Нарушением осанки страдали 28 детей (30,4%) и 34 детей (73,9%) в обеих исследуемых подгруппах соответственно. Инфекция мочевыводящих путей была зарегистрирована у 38 детей (41,3%) во 2а подгруппе и у 27 детей (58,7%) – во 2б.

Как следует из приведенных данных, при гипопластическом варианте ЗВУР дети в 2-хлетнем катамнезе в большей степени подвержены инфекционной заболеваемости и склонны к дисметаболическим нарушениям

Сравнительная оценка заболеваемости 2-х летних детей, родившихся со II степенью гипотрофического и гипопластического вариантов ЗВУР

Нозологические формы	Гипотрофия (Гт)		Гипоплазия (Гп)		Контроль		Достоверность различий		
	II ст.		II ст.		Абс.	%	p (Гт-Гп)	p (Гт-к)	p (Гп-к)
	Абс.	%	Абс.	%					
Гиперплазия вилочковой железы	62	82,7	43	93,5	4	8,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Анемия	46	61,3	38	82,6	1	2,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Нарушение зрения	5	6,7	3	6,5	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Отиты	38	50,7	31	67,4	3	6,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Пороки сердца	5	6,7	3	6,5	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Синуситы	4	5,3	3	6,5	0	0,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Фарингиты	12	16,0	18	39,1	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Тонзиллиты	23	30,7	26	56,5	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Ларинготрахеиты	23	30,7	36	78,3	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
ОРВИ	42	56,0	37	80,4	8	16,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Пневмония	34	45,3	43	93,5	3	6,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Бронхиты	48	64,0	54	117,4	4	8,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Риниты	64	85,3	43	93,5	15	30,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Бронхиальная астма	3	4,0	5	10,9	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Кариес	67	89,3	38	82,6	8	16,0	p>0.05	p<0.01	p<0.01
Афтозный стоматит	36	48,0	12	26,1	2	4,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Гастроэнтероколиты	19	25,3	12	26,1	3	6,0	p>0.05	p<0.01	p>0.05
ДЖВП	52	69,3	39	84,8	4	8,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Атопические дерматиты	4	5,3	5	10,9	0	0,0	p<0.01	p<0.01	p<0.01
Крапивница	11	14,7	12	26,1	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Нарушение осанки	39	52,0	34	73,9	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01
Инфекция мочевыводящих путей	34	45,3	27	58,7	0	0,0	p<0.05	p<0.01	p<0.01

не только по сравнению с детьми из контрольной группы, но и с детьми, имеющими гипотрофический вариант ЗВУР при рождении. Для подтверждения выявленной закономерности проведен сравнительный анализ заболеваемости детей с различными степенями выраженности гипотрофического и гиперпластического вариантов ЗВУР (табл. 3, 4).

При сравнительном анализе заболеваемости у детей с гипотрофическим и гипопластическим вариантами I степени было выявлено, что гиперплазия вилочковой железы наблюдалась достоверно чаще при гипопластическом варианте (63,6% и 79,3%

соответственно). Аналогичная картина прослеживалась при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей и легких, а также инфекции мочевыводящих путей и дискинезиях желчевыводящих путей. Отмечено также, что при гипопластическом варианте ЗВУР в анамнезе инфекционные заболевания протекали более длительно, с тенденцией к хронизации процесса. В то же время афтозный стоматит (16,7% и 8,7%) и гастроэнтероколиты (12,9% и 7,6% соответственно) чаще регистрировались у детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР.

При сравнительном анализе заболе-

ваемости у детей с гипотрофическим и гипопластическим вариантами II степени выраженности выявленные особенности получают еще большее подтверждение. Тимомегалия регистрируется достоверно чаще при гипопластическом варианте (82,7% и 93,5% соответственно). Та же, зачастую еще более выраженная тенденция, прослеживается при анемии (61,3% и 82,6% соответственно), отитах (50,7% и 67,4%), фарингитах (16,0% и 39,1%), тонзиллитах (30,7% и 60,5%), ларинготрахеитах (30,7% и 78,3%), ОРВИ (56,0% и 80,4%), пневмониях (45,3% и 93,5%) и других заболеваниях. Так же, как и при сравнительном анализе вариантов I степени, при гипопластическом варианте ЗВУР II степени в анамнезе инфекционные заболевания протекали более длительно, с тенденцией к хронизации процесса. В то же время афтозный стоматит (48,0% и 26,1%) чаще регистрировался у детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР.

Таким образом, дети с гипопластическим вариантом ЗВУР являются более уязвимыми к инфекционным и дисметаболическим воздействиям. Это объясняется тем, что хроническая недостаточность питания способствует выраженному и длительному иммунодефициту, влекущему за собой развитие тяжело и длительно протекающих инфекционных процессов в раннем возрасте.

Развитие детей с гипопластическим вариантом ЗВУР характеризовалось более высокой заболеваемостью острыми респираторными инфекциями, кариесом, афтозным стоматитом, ДЖВП, железодефицитной анемией и инфекцией мочевыводящих путей. Инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) проявлялась в виде бактериурии, избыточного выделения солей, эпителия, лейкоцитурии. Во всех группах детей с недостаточностью питания проявления ИМВП возникали на фоне ОРВИ или сразу после нее.

Прогноз нарушений соматического здоровья, нервно-психического и физического развития дает возможность осуществления индивидуального прогноза на последующие периоды жизни ребенка, что позволяет своевременно проводить профилактику этих нарушений.

## Выводы

1. Реактивность детей, родившихся с любым вариантом ЗВУР, к 2-хлетнему возрасту, не достигает таковой у детей без данного отягощения («поздно стартующие дети»), о чем свидетельствует выявленная в нашем исследовании повышенная инфекционная заболеваемость

2. Дети с задержкой внутриутробного развития по результатам оценки заболеваемости входят в группу риска по инфекционной заболеваемости (IIА - IIБ - III группам здоровья)

3. Динамическое наблюдение детей с ЗВУР должно проводиться по индивидуальному плану лечебно-реабилитационных мероприятий

## Практические рекомендации

1. Дети, родившиеся с ЗВУР, должны составлять отдельную диспансерную группу наблюдения.

2. В плане диспансеризации данной группы целесообразно включать ежеквартальные профилактические осмотры с исследованием общих анализов крови и мочи 2 раза в год и консультациям специалистов по требованию.

3. В плане реабилитации особое внимание уделить мероприятиям по повышению реактивности и формирования резистентности организма.

## 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 кардиореспираторной патологии / И.А. Кельмансон. - СПб.: СпецЛит, 1999.- 156 с.

6. Медведев М.В. Задержка внутриутробного 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.