

3. По топической характеристике поражения суставов достоверной разницы в группах не наблюдалось, тогда как деформация голеностопных суставов ($F=0,032$), повышение местной температуры ($F=0,024$), признаки синовита ($F=0,047$) присутствовали в группе с полиартикулярным вариантом течения.

4. В этой же группе у 15,4% детей отмечена 3 степень активности и у 23,1% - функциональный класс 3, тогда как в группе с олигоартикулярным вариантом таких изменений у детей не наблюдалось.

5. По данным лабораторных тестов, негативный РФ наблюдался у всех детей (100%) в группе с олигоартикулярным вариантом, а в группе с полиартикулярным вариантом - только у 15,4% ($F=0,002$).

Список литературы:

1. Алексеева Е.И. Ювенильный идиопатический артрит: клиническая картина, диагностика, лечение / Е.И. Алексеева // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – № 14(1). – С. 78-94.

2. Долженкова В.Г. Клинико-лабораторная характеристика ювенильного ревматоидного артрита у детей и подростков / В.Г. Долженкова, Е.В. Матвиенко, Н.Д. Кривдина, И.Г. Хмелевская, А.С. Фетисова // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2018. – № 17(2). – С. 105-108.

3. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ: Юношеский артрит у детей, 2016.

4. Соболева Е.М. Ювенильный ревматоидный артрит: современное состояние проблемы (обзор литературы) / Е.М. Соболева // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2016. - №4. – С. 38-45.

5. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с ювенильным артритом «Союза педиатров России», 2013.

6. Чернышева О.Е. Ювенильный артрит: терминология, классификация, диагностические критерии, этиология, патогенез, современные аспекты (обзор литературы) / О.Е. Чернышева, А.А. Конюшевская, Н.В. Вайзер, И.В. Балычевцева // Травма. – 2017. – № 18(4). – С. 16-24.

7. Barut K. Juvenile Idiopathic Arthritis / K. Barut, A. Adrovic, S. Şahin, Ö. Kasarçopur // Balkan Medical Journal. – 2017. - № 34(2). – P. 90–101.

УДК 616-053.4

Емполова Е. С., Осинцева П. В., Шерстобитов Г. Н., Чернова Е. М. ФАКТОРЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАДЕРЖКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Empolova E. S., Osintseva P. V., Sherstobitov G.N., Chernova E. M.

PERINATAL RISK FACTORS AND PREDICTION OF DELAYED NEUROPSYCHIC DEVELOPMENT IN CHILDREN

Department of Children's Diseases, Faculty of Treatment and Prevention
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: hhugo5151@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрена зависимость возникновения задержки нервно-психического развития детей 3-х лет от антенатальных, интранатальных, перинатальных факторов риска.

Annotation. The article discusses the dependence of the occurrence of delayed neuropsychic development in children 3 years of age from antenatal, intrapartum, perinatal risk factors.

Ключевые слова: дети 3 лет, нервно-психическое развитие, факторы риска.

Key words: children 3 years old, neuropsychic development, risk factors.

Введение

Нервно-психическое развитие (НПР) детей является важнейшим показателем психического и соматического здоровья [6]. В последнее время отмечается тенденция роста числа детей с серьезными нарушениями в состоянии здоровья, негативно влияющими на процесс их развития, обучения и социализации [5]. Популяционная частота задержек НПР у детей раннего возраста оценивается примерно в 10%, общей интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости) – в 1–3%. Задержка развития определяется как существенное отставание по сравнению с нормативными показателями в любой из основных сфер: двигательной, коммуникативной, когнитивной, адаптивно-поведенческой, социально-эмоциональной. Общая задержка развития характеризуется значительным отставанием по двум или более сферам [2].

НПР зависит от биологических и социальных факторов, режима жизни, воспитания и ухода, а также от состояния здоровья ребенка. Развитие ребенка представляет собой взаимное влияние наследственности и окружающей среды на развивающийся мозг. Наследственность определяет потенциал ребенка, тогда как окружающая среда влияет на степень его реализации [3]. Ранний возраст отличается быстрым темпом НПР и большой зависимостью развития ребенка от окружающей среды [1]. Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н невролог осматривает ребенка в возрасте 1, 12 месяцев и 3 года. Динамическое же наблюдение за гармоничностью развития осуществляет врач педиатр. Выявление и оценка факторов риска, влияющих на НПР, может помочь врачу педиатру

прогнозировать задержку ННР (ЗННР) и своевременно проводить абилитационные и реабилитационные мероприятия [4].

Цель исследования - оценка факторов риска и их влияния на нервно-психическое развитие детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Данное исследование было проведено на базе территориальных поликлиник ГАУЗ СО ДГКБ 9, г. Екатеринбург. Среди детей, достигших 3-х лет, мы отобрали 269 детских карт формы 112у. Критерий включения: дети, родившиеся в 2015, 2016, 2017 годах. Критерии исключения: дети, не достигшие возраста 3 лет, врожденные пороки развития (ВНР). Нами были выявлены факторы риска антенатального, интранатального и раннего неонатального периодов. С помощью методов статистического анализа мы смогли определить зависимость возникновения ЗННР при наличии или отсутствии того или иного фактора риска.

Индивидуальное прогнозирование риска задержки ННР осуществлялось с использованием прогностической таблицы риска задержки ННР. Информативность (I) каждого фактора определялась с помощью информационной меры Кульбака, прогностические коэффициенты (ПК) рассчитывались по формуле предложенной Гублером.

$$ПК = 100 * \log \frac{P_1}{P_2},$$

$$I = ПК * 0,5 * (P_1 - P_2),$$

где P₁ и P₂ – частота встречаемости градации фактора соответственно в контрольной и основной группах.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были собраны данные о факторах риска 269 детей. Была рассчитана частота рождения здоровых детей, а также частота детей с отклонениями в нервно-психическом развитии. Рассчитан прогностический коэффициент, который отображает вероятность возникновения патологии нервно-психического развития при наличии факторов риска. Коэффициент информативности показывает, насколько достоверен прогностический коэффициент. Из 269 детей к трем годам 14,5% (n=39) имели отставание в нервно-психическом развитии, 85,5% (n=230) детей имели нормальный темп развития. Следует отметить, что у каждой матери этих детей есть какой-либо фактор риска, не считая женщин, которые были не обследованы и не наблюдались у врача в период беременности и/или родов. В нашем исследовании 6 таких женщин. В заключении невролога у детей с ЗННР были описаны такие состояния как темповая задержка речевого развития 41% (n=16), резидуальная церебральная органическая недостаточность 28,2% (n=11), дизартрия 7,7% (n=3), перинатальное поражение ЦНС 5,1% (n=2), общее недоразвитие речи 2,5% (n=1), миотонический синдром 2,5% (n=1), аффективно респираторные пароксизмы 2,5% (n=1), вегетососудистая дистония 2,5% (n=1), энцефалопатия пост гипоксическая 2,5% (n=1), гидроцефалия 2,5% (n=1), мононевроз 2,5% (n=1). Важно отметить, что прежде всего невролог выделяет задержку речевого

развития у детей. На наш взгляд, это связано с тем, что легче и быстрее всего на приеме врач может оценить именно речевые навыки своего пациента ввиду недостаточного количества времени, которое врач может уделить приему одного конкретного пациента. К тому же, современные стандартизированные методики диагностики у данной категории детей имеют ряд недостатков, значительно затрудняющих их внедрение в ежедневную практику, главный из которых – значительная трудоемкость. Например, KID-шкала имеет 252 оценочных пункта, тест Bayley – 274 пункта, шкалы «Денверская» – 105 пунктов, R. Griffiths – 260 пунктов [7].

Нельзя определенно сделать вывод о том, что какой-то фактор риска обязательно приведет к задержке нервно-психического развития, так как у одного ребенка он повлияет на возникновение патологии, у другого нет, поэтому можно сказать, что наиболее важным фактором для нервно-психического развития является социальная среда. Большую роль в развитии ребенка играет правильное воспитание, систематическое общение с ним, постепенное формирование навыков и умений, развитие речи. [3] Именно поэтому Л. С. Выготским были выделены критические периоды возрастного развития: кризис новорожденности, одного года, трех лет, семи лет, тринадцати лет (подростковый), кризис семнадцати лет (юношеский). Так как в сенситивные периоды ребенок особенно восприимчив к воздействию окружающей среды [8].

Однако, мы можем сделать определённые выводы. По полученным данным, факторы риска можно разделить на три группы: группа высокого риска (ПК= <-30), группа среднего риска (ПК= -30 – 10), группа низкого риска (ПК= >10).

Таким образом, к группе высокого риска относятся: патологическая убыль массы тела (ПК=-124,8), угроза состоянию плода (ПК=-107,2), асимметрия боковых желудочков у ребенка при рождении (ПК=-94,7), хронический тонзиллит, фарингит, ларингит, хронический бронхит, маркер генетической тромбофилии у матери, первичная слабость родовой деятельности, переносимость (ПК=-77,1), гепатит у матери (ПК=-59,5), функционирующее овальное окно у ребенка (ПК=-54,9), хронический холецистит, мочекаменная болезнь, сифилис у матери, перинатальный контакт по сифилису (ПК=-47), нейроциркуляторная дистония у матери (ПК=-43,7), синдром задержки развития плода (ПК=-41,8), длительный безводный период (ПК=-40,3), ОРВИ у матери (ПК=-38,5). Данную группу можно разделить следующим образом (рис. 1):

Распределение группы высокого риска

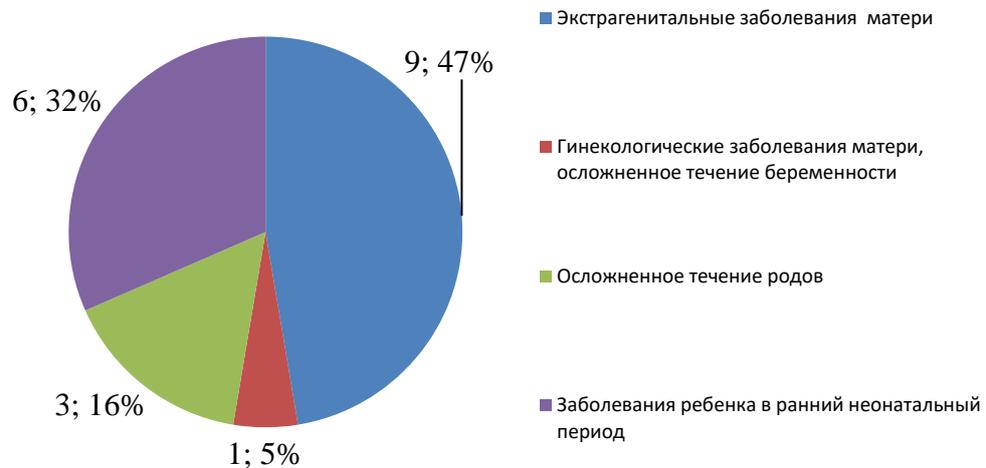


Рис. 1. Распределение группы высокого риска

К группе среднего риска относятся: преэклампсия, миома матки, киста яичника у матери, нарушение маточно-плацентарного кровотока при беременности, кровоизлияния в склеру, респираторный дистресс-синдром у ребенка, острая гипоксия плода в родах (ПК=-29,4), хроническая фетоплацентарная недостаточность (ПК=-25,3), обвитие пуповины вокруг шеи плода (ПК=-23,9), маловодие при беременности, недоношенность ребенка (ПК=-22,7), субэпендимальная псевдокиста у ребенка (ПК=-21,4), синдром задержки внутриутробного развития (ПК=-18,1), анемия у матери (ПК=-17,7), артериальная гипертензия/гипертоническая болезнь, хронический панкреатит, бронхиальная астма, ВИЧ у матери, маркеры хромосомной патологии плода, низкая плацентация при беременности, физиологическая незрелость, дыхательная недостаточность, дефект межжелудочковой перегородки у ребенка, плод из двойни (ПК=-16,9), оценка по шкале Апгар менее 7, перевод ребенка из роддома в ОПН/ОДКБ/ КДКБ/ДГБ/НИИ ОММ (ПК=-12,7), гипоксия средней степени, перинатальное поражение ЦНС у ребенка (ПК=-11,7), многоводие при беременности (ПК=-10,2), раннее излитие околоплодных вод (ПК=-8,9), тромбоцитопения у матери, преждевременные роды, незрелость шейки матки в родах, асфиксия, токсическая эритема, морфологическая незрелость головного мозга у ребенка (ПК=-7,2), кольпит/вагинит у матери (ПК=-6,2), возраст матери от 35 лет и старше (ПК=-5,1), хроническая гипоксия плода при беременности (ПК=-3,0), пиелонефрит (хронический, гестационный) у матери (ПК=-2,1), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез матери (ПК=-1,9), ожирение у матери, амниотомия при беременности (ПК=-1,7), никотиновая зависимость, аллергический/вазомоторный ринит, клинически узкий таз у матери (ПК=0,7), роды путем кесарева сечения (ПК=4,0), отсутствие высшего образования у отца (ПК=5,5), физиологическая желтуха у ребенка (ПК=6,0), отсутствие высшего образования у матери (ПК=6,6), миопия у матери, перинатальный контакт ребенка по ВИЧ (ПК=7,4).

Выводы

При анализе полученных нами данных, мы получили следующие результаты: 120 детей относятся к группе высокого риска, что составляет 44,6% от общего числа всех детей, 148 детей относятся к группе среднего риска, что составляет 55% и 1 ребенок относится к группе низкого риска- 0,4%. Также можно отметить, что большую роль в развитии задержки нервно-психического развития, играют такие факторы, как патологическая убыль массы тела у плода, угроза состояния плода, асимметрия боковых желудочков у ребенка при рождении.

В нашей работе мы оценили факторы риска задержки нервно-психического развития у детей раннего возраста, находящихся в сенситивном периоде возрастного развития. Зная о всех возможных факторах риска и степени их влияния на НПП детей, врач педиатр способен вовремя предпринять действия, направленные на предупреждение ЗНПП ребенка. Своевременное привлечение врача-невролога к обследованию и наблюдению ребенка, проведение реабилитационных и реабилитационных мероприятий может сыграть решающую роль в полной реализации потенциала ребенка раннего возраста и, тем самым, обеспечить его успешную социализацию в будущем.

Список литературы:

1. Болсуновская Ю.О. Факторы, влияющие на нервно-психическое развитие детей раннего возраста / Ю.О. Болсуновская // Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «Студенческая наука – 2019». – 2019. – Т. 2. – С.68-69.
2. Заваденко Н.Н. Задержки раннего нервно-психического развития: подходы к диагностике / Н.Н.Заваденко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2015. – № 5. – С.6-13.
3. Кильдиярова Р.Р. Оценка нервно-психического развития детей в амбулаторно-поликлинических условиях / Р.Р. Кильдиярова // Медицинская сестра. – 2018. – № 2. – С.28-31.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".
5. Прилепко Ю.В. Факторы риска и профилактика возникновения возможных нарушений развития в раннем возрасте / Ю.В. Прилепко, Е.С. Слюсарева // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – № 6. – С.252-254.
6. Рахимова Д.А. К оценке нервно-психического развития новорожденных детей / Д.А. Рахимова, О.С.Ташбаев, М.Э. Абдуллаева // Клиническая медицина. – 2002. – С.23-25.
7. Сенюшкин А.Н Пути улучшения амбулаторно-поликлинической помощи в детских поликлиниках / А. Н. Сенюшкин // Пермский медицинский журнал. – 2013. – № 30(3). – С. 87-92.
8. Woodard K. Is there evidence for sensitive periods in emotional development? / K. Woodard, Seth D. Pollak // Current Opinion in Behavioral Sciences. – 2020. – V. 36. – P. 1-6.