

Таким образом, полученные результаты дают представление об особенностях течения вирусно-бактериальных ассоциаций у детей с нейронинфекциями, что позволяет рекомендовать предложенную схему в лечении. Терапия иммуноглобулинами направленного действия ведет к восстановлению иммунного гомеостаза, тем самым способствуя ускорению элиминации возбудителя из организма и выздоровлению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлова С. Н., Шлыкова А. Б., Аверьянова С. С. Иммуноterapia патологии, ассоциированной с TORCH-синдромом у матери и ребенка. Тезисы докладов III российского национального конгресса «Человек и лекарство». // Москва. 1996. — С. 138.
2. Козлова С. Н., Бейкин Я. Б., Аверьянова С. С. и др. Роль маркеров TORCH-синдрома в формировании иммунологической недостаточности матери и ребенка / Проблемы клинической иммунологии, Сб. тр. Под ред. С. Н. Козловой, В. В. Фомина. Екатеринбург: Изд-во УГМА, 1994. С. 113—114.
3. Козлова С. Н., Бейкин Я. Б., Ахметова Л. И., Зыкова С. Н. Новые концептуальные подходы в разработке стратегии формирования здоровья детей, рожденных в семьях с TORCH-ассоциированной патологией и урогенитальными инфекциями. Вестник уральской государственной медицинской академии под ред. А. П. Ястребова — 1998. — Вып. 7. — С. 74—82.

УДК 616—053.2+611+618.291

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С КРУПНОЙ МАССОЙ

М. В. Павличенко, С. Ю. Захарова, А. М. Чередниченко

Уральский НИИ охраны материнства и младенчества,
Уральская государственная медицинская академия
г. Екатеринбург

Здоровье детей во многом определяется особенностями перинатального периода. В случаях его неблагоприятного течения новорожденных следует относить к группе риска [1].

Важным моментом в оценке общего состояния новорожденного и прогнозировании течения неонатального и постнатального периодов жизни является характеристика показателей физического развития детей, которая по современным представлениям включает в себя: оценку основных антропометрических показателей в сопоставлении с гестационным возрастом, оценку зрелости новорожденного по совокупности клинико-функциональных показателей, оценку состояния питания.

Крупная масса при рождении — один из важнейших факторов риска, определяющих такие качественные показатели, как характер перинатального поражения ЦНС с возможной инвалидизацией ребенка, перинатальная заболеваемость и смертность, болезни обмена веществ, в частности, ожирение, вторичные кардиопатии, обусловленные нарушением адаптации сердечно-сосудистой системы к внеутробной жизни и др. Частота рождения детей массой 4000 г и выше довольно высока среди общего числа новорожденных, составляет от 10 до 17% и не имеет тенденции к снижению [2].

Мы наблюдали 154 крупных новорожденных ребенка (основная группа), из них 88 мальчиков (57,1%) и 66 девочек (42,9%). Контрольную группу составили 20 новорожденных со средними показателями физического развития.

Средние показатели физического развития наблюдаемых крупных новорожденных представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели физического развития наблюдаемых крупных новорожденных, $M \pm m$

Показатели физического развития	Наблюдаемые дети, n=154			
	Основная группа n=66 (девочки)	Контрольная группа n=20	Основная группа n=88 (мальчики)	Контрольная группа n=20
Масса (г)	4254,1 ± 183,7	3497,6 ± 50,4	4247,7 ± 222,2	3492,0 ± 267,6
Длина (см)	54,3 ± 1,9	51,0 ± 1,2	54,8 ± 1,4	51,5 ± 2,0
Окружность головы (см)	36,1 ± 1,0	34,8 ± 0,9	36,3 ± 0,8	35,3 ± 0,7
Окружность груди (см)	36,2 ± 0,9	34,3 ± 0,4	36,3 ± 0,9	34,3 ± 0,7
Окружность плечевого пояса (см)	39,6 ± 1,3	38,3 ± 1,6	40,7 ± 2,0	38,3 ± 1,7
Окружность таза (см)	30,9 ± 1,7	29,6 ± 0,8	31 ± 1,3	29,3 ± 0,8
Биакромиальное расстояние (см)	13,2 ± 1,0	11,1 ± 0,4	13,5 ± 0,9	11,1 ± 0,5

Известно, что состояние питания новорожденных детей оценивается по нескольким признакам, среди них развитие и распределение подкожного жирового слоя, упитанность и тургор тканей, эластичность, цвет, блеск кожи и слизистых оболочек, развитие мышечной массы [1].

Общепринятым в педиатрии показателем упитанности является соотношение массы и роста, т. е. массо-ростовой коэффициент, который у доношенных новорожденных составляет 60—80 [1].

Мы проанализировали этот коэффициент у наблюдаемых крупных новорожденных и установили, что у девочек массо-ростовой показатель составил $75,6 \pm 3,7$, а у мальчиков — $76,7 \pm 4,0$, т. е. в среднем не отличался от массо-ростового коэффициента новорожденных, имеющих средние показатели физического развития. Однако в некоторых наблюдениях (у 7 девочек и у 14 мальчиков) массо-ростовой коэффициент превышал 80. При этом масса новорожденных находилась в пределах 4320—5526 г при длине тела 53—65 см. По мнению некоторых авторов [3], массо-ростовой коэффициент не отражает индивидуальных особенностей физического развития крупных новорожденных, называемых макросомами. Вместо массо-ростового коэффициента было предложено использовать «коэффициент гармоничности» (Кг). Используя коэффициент гармоничности (Кг), мы выделили несколько типов развития крупных новорожденных (табл. 2).

Таблица 2

Типы развития у наблюдаемых крупных новорожденных с учетом Кг и их частота, абс., %

Типы развития крупных новорожденных с учетом Кг	Девочки n=66		Мальчики n=88		Общее число наблюдений	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Высокие и гармонично развитые (1А)	25	37,9	37	42,0	62	40,3
Высокие относительно пониженного питания (1Б)	5	7,6	6	6,8	11	7,1
Высокие чрезмерного питания (2)	13	19,7	29	33,0	42	27,3
Среднего роста чрезмерного питания, т. е. с выраженным ожирением (3)	23	34,8	16	18,2	39	25,3
Всего	66	100	88	100	154	100

Как следует из представленных в таблице данных, основной тип макросомы у наблюдаемых крупных новорожденных составляли высокие и гармонично развитые дети (1А тип). Установленная закономерность, т. е. преобладание этого типа новорожденных сохранялось и у девочек, и у мальчиков. Далее по частоте были макросомы высокие чрезмерного питания (2 типа). Этот тип развития крупных новорожденных преобладал у мальчиков. Довольно большую группу составили крупные новорожденные среднего роста чрезмерного питания (3 типа), т. е. с выраженным ожирением. В этой группе преобладали девочки. Самую малочисленную группу крупных новорожденных, но, по нашему мнению, не менее прогностически неблагоприятную, чем описываемые выше (2 и 3 типы развития), составили дети (1Б тип) высокие относительно пониженного питания. По частоте этого типа развития крупные новорожденные девочки и мальчики не различались.

На основании довольно большого клинического материала (154 крупных новорожденных) можно было заключить, что в настоящее время в зоне антропогенного загрязнения, какой является Екатеринбург и Свердловская область, отмечается отчетливая тенденция (52,6% наблюдений) к рождению крупных детей высоких и среднего роста чрезмерного питания, т. е. 2 и 3 типов развития, часто рождаются высокие и гармонично развитые макросомы, т. е. 1А типа развития. Только в единичных наблюдениях рождаются крупные дети высокие относительно пониженного питания, т. е. 1Б типа развития.

Для определения степени зрелости новорожденного использовали обследование по Ballard [1]. Использовали 6 критериев первично-мышечной зрелости (поза, симптом «квадратного окна», симптом «отдачи», подколенный угол, симптом «шарфа») и физической зрелости (кожа, лануго, борозды на подошвенной поверхности стопы, грудные железы, ушные раковины, наружные половые органы). Тест проводили в возрасте 30—42 ч. Физически и неврологически незрелыми были признаны большинство крупных новорожденных (101 из 154 детей — 65,6%), из них большую часть (55,3%) составляли девочки, меньшую — мальчики (44,7%). Ча-

стота морфологической и неврологической незрелости у крупных новорожденных описываемых нами типов развития с учетом Кг представлена в табл. 3.

Таблица 3

Частота физической и неврологической незрелости у наблюдаемых крупных новорожденных различных типов развития с учетом Кг, абс., %

Клинический симптом	Число наблюдений n=154								Общее число наблюдений	
	Типы развития с учетом Кг									
	1А тип n=62		1Б тип n=11		2 тип n=42		3 тип n=39		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Морфологическая и неврологическая незрелость	36	61,3	4	36,4	35	71,4	26	66,7	101	65,6

Из представленной таблицы видно, что наиболее часто изучаемый клинический симптом наблюдался у крупных новорожденных 2 типа развития. Физическая и неврологическая незрелость в сочетании с функциональной незрелостью многих органов и систем, в первую очередь ЦНС, обуславливали, по нашему мнению, в совокупности с другими факторами синдром дезадаптации. Это подтверждалось и клиническими наблюдениями: более чем у половины детей 2 типа (27 новорожденных — 64,3%) состояние при рождении и в первые сутки жизни расценивалось как средне-тяжелое. У детей этого типа развития чаще, чем у новорожденных других типов, отмечалось тяжелое состояние при рождении и в первые сутки жизни (4 новорожденных — 9,5%).

Следующим по частоте встречаемости признаков незрелости были крупные новорожденные 3 и 1А типов развития, т. е. среднего роста чрезмерного питания и высокие гармонично развитые. Признаки физической и неврологической незрелости выявлялись и у новорожденных 1Б типа развития, но заметно реже, особенно в сопоставлении с частотой выявления этого симптома у макросомов 2 и 3 типов развития.

Таким образом, крупновесные новорожденные представляют собой неоднородную группу детей, имеющих индивидуальные особенности физического развития. Последнее является одним из прогностических критериев течения адаптационного периода, что требует дифференцированного подхода при наблюдении за этими детьми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гомелла Т. Н. Неонатология. — М.: Медицина, 1995.
2. Круч А. И. Возможности снижения частоты натальных повреждений ЦНС крупного плода // Актуальные вопросы перинатологии. — Екатеринбург, 1996. — С. 99—101.
3. Гриценко В. И., Яковцова А. Ф., Губина-Вакулик Г. И. и др. Классификация крупных плодов // Педиатрия. — 1990. № 10. — С. 20—22.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

В. Н. Прохоров, И. Н. Кононова

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург

Одной из основных задач в системе мероприятий по охране материнства и детства является снижение заболеваемости и смертности новорожденных детей. В структуре заболеваемости и смертности новорожденных очень важную роль играют гнойно-септические заболевания. Высокая частота возникновения гнойно-септических заболеваний, включая внутриутробные инфекции, тяжесть их течения и формирование осложнений, а также возможность возникновения вспышек среди новорожденных делают проблему интранатальных и ранних постнатальных инфекций одной из важнейших в неонатологии (Шабалов Н. П., Маркова И. В., 1993; Касихина С. А. и соавт., 1996).

В целом риск неонатальной инфекции значительно варьирует в различных контингентах беременных и находится в среднем в пределах 10—18%, значительно повышаясь (до 30—40%) в группах женщин с низким уровнем здоровья и социально неблагоприятных. Известно, что существует тесная связь между состоянием здоровья новорожденного и матери, при этом состояние ребенка при рождении и его дальнейшее развитие на первом году жизни во многом определяется особенностями организма матери (Сенцова Т. Б. и соавт., 1996; Яцык Г. В. и соавт., 1996).