

3.Тотолян Г.Г. Вирусы группы герпеса и поражения печени / Г.Г. Тотолян, Г.И. Сторожаков, И.Г. Федоров, И.А. Морозов, Л.Ю. Ильченко // Лечебное дело. – 2009. – №2. – С.4-10

4.Учайкин В.Ф. Герпесвирусные гепатиты у детей / В.Ф. Учайкин, А.В. Смирнов, С.Б. Чуелов, А.Л. Россина // Педиатрия. Журналим. Г.Н. Сперанского. – 2012. – Т.91. – №3. – С.136-142

5.Lavanchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus // Clin. microbial. infect. – 2011. – Т.17. - №2. – С.107-115

УДК 616.06

**Аребьев Э.В., Вшивцев К.С., Николина Е.В., Шилко В.И.
ВЛИЯНИЕ ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ДИНАМИКУ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С
ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА (ЭНМТ) ПРИ РОЖДЕНИИ**

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

**Arebyev E.V., Vshivtsev K.S., Nikolina E.V., Shylko V.I.
INFLUENCE OF PRENATAL FACTORS ON THE DYNAMICS OF BODY
MASS INDICATORS IN NEWBORNS WITH EXTREMELY LOW BODY
WEIGHT (ELBW) AT BIRTH**

Department of children's diseases of the faculty of medicine and prevention
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: earebyev@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрены наиболее значимые особенности пренатального анамнеза, оказавшие влияние на максимальную убыль первоначальной массы тела и недостаточную прибавку массы в неонатальном периоде у детей с ЭНМТ при рождении: соматическая патология, крайне-отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и урогенитальная инфекция во время беременности у матери.

Annotation. The article considers the most significant features of prenatal history that influenced the maximum loss of initial body weight and insufficient weight gain in the neonatal period in children with ELBW: somatic pathology, extremely burdened obstetric and gynecological history and urogenital infection during pregnancy in the mother.

Ключевые слова: пренатальные факторы, недоношенные, экстремально низкая масса тела, физическое развитие.

Key words: prenatal factors, premature, extremely low body weight, physical development.

Введение

Большое количество современных работ посвящено сверхранним преждевременным родам в сроке от 22 до 28 недель, которые в среднем составляют 5% от всех преждевременных родов и заканчиваются рождением детей с экстремально низкой массой тела [3]. Выхаживание глубоко недоношенных детей в последние годы стало приоритетным направлением деятельности отделений реанимации и интенсивной терапии, отделений патологии новорождённых и недоношенных детей [1,3]. Одним из важнейших показателей физического развития и качества адаптации в неонатальном периоде является масса тела при рождении и максимальная убыль первоначальной массы тела [4]. У большинства глубоко недоношенных детей отмечается отставание в физическом и нервно-психическом развитии на протяжении как минимум первых 3 лет жизни. Во всех клинических исследованиях прослеживается четкая зависимость низких темпов прироста показателей физического и нервно-психического развития от массы тела при рождении [2, 5]. Отмечено влияние факторов риска церебральной патологии у недоношенных новорожденных при анализе соматической патологии у матерей, осложнений беременности и родов, характера течения родов и методов родоразрешения. Фактором риска отставания в физическом развитии, по крайней мере в первые месяцы жизни, служит многоплодная беременность [5]. Другие причины до конца не ясны, в связи с чем возникает необходимость дальнейшего изучения пренатальных факторов риска нарушений физического развития детей с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ).

Цель исследования – выявить наиболее значимые пренатальные факторы риска, оказывающие влияние на массу тела у детей с ЭНМТ при рождении и на динамику этого показателя в первые недели жизни.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на основании ретроспективного анализа 18 историй болезни детей с ЭНМТ при рождении, находившихся на лечении в МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр». На момент рождения срок беременности составлял в среднем 26,3 недели. Масса тела при рождении – 903,9 грамма, длина тела – 34,7 см; окружность головы – 24,1 см. По данным историй болезни проведен анализ влияния особенностей пренатального анамнеза (возраст матери, наличие вредных привычек, соматический и акушерско-гинекологический анамнез, паритет беременности, особенности родового акта) на показатели массы тела при рождении, а затем в неонатальном периоде каждые 7 дней и на момент выписки из перинатального центра.

Для обработки данных использовалась программа EZR v. 3.2.2.; при оценке качественных признаков использовались критерий Мак-Нимара, критерий корреляции Пирсона, Cochran's Qtest и коэффициент сопряженности.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен анализ соматической, инфекционной, акушерско-гинекологической заболеваемости матерей исследуемых детей, а также течения беременности и родов. Возраст матерей на момент родов составил 35,2 года (от 23 до 40 лет). От первой беременности родились 4, от второй беременности и вторых родов – 2 из 18 детей. В остальных 12 случаях выявлен крайне отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в виде медицинских аборт, выкидышей, анте- интранатальной гибели и неразвивающейся беременности. Данные пренатального анамнеза представлены в таблице 1.

Таблица 1

Данные пренатального анамнеза

Факторы риска в пренатальном анамнезе	В абсолютных цифрах/%
Хроническая гастроэнтерологическая патология	5/27,8
Нарушение жирового обмена, ГСД	5/27,8
Кардиологическая патология, ВСД	3/16,7
Аллергические заболевания	3/16,7
От 2 до 5 медицинских абортов	8/44,4
Самопроизвольные выкидыши и антенатальная гибель плода	9/50
Урогенитальная инфекция, выявленная во время беременности	5/27,8
Преэклампсия средней тяжести-тяжелая	5/27,8
НМПК 2 – 3 степени тяжести	7/38,9
Преждевременная отслойка плаценты, угрожающее состояние плода	6/33,3
Кесарево сечение	9/50

У всех матерей выявлена та или иная соматическая патология, тяжелая патология беременности. В трети случаев в родах оказывалась экстренная медицинская помощь в связи угрожающим состоянием плода, в половине случаев - роды завершены путем операции кесарева сечения.

По шкале Фентона масса тела детей при рождении находилась в интервале 50% - 90% у 11 детей (64,7%); 10% - 50% - у 4 детей (23,5%); 3% - 10% у 1 (5,9%); 90% - 97% у 1 (5,9%) ребенка. Таким образом у 88, 2% детей масса при рождении находилась в интервале от 10% до 90% центиля, то есть соответствовала гестационному возрасту. Максимальная убыль первоначальной массы тела (МУМТ) на фоне проведения искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) и частичного парентерального питания наблюдалась у 83,3% детей в возрасте от вторых до десятых суток жизни (в среднем 6,7 суток), составила от 5,4 до 18,6% (в среднем 10,7 %). В одном случае ребенок не был взвешен в первые сутки жизни из-за тяжести состояния; в двух случаях в первые дни жизни наблюдался отечный синдром, сопровождавшийся патологической прибавкой массы тела. Восстановление убыли первоначальной массы тела

происходило в возрасте от седьмых до двадцать четвертых суток жизни (в среднем на 13,9 сутки). С помощью критерия корреляции Пирсона для оценки взаимодействия параметрических данных была обнаружена достоверная связь между массой при рождении и процентом максимальной убыли первоначальной массы тела ($p < 0,05$). Динамика массы тела в неонатальном периоде представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика массы тела в первые недели жизни

Масса тела	При рождении	1 неделя	2 недели	3 недели	4 недели	При выписке
Выше 90%	2	0	0	0	0	0
10% -50%	4	11	12	13	11	6
50% - 90%	11	2	3	1	1	0
3% - 10%	1	4	2	3	5	3
Ниже 3%	0	0	1	1	1	9
Всего детей	18	17*	18	18	18	18

*В одном случае измерение массы тела в возрасте 1 недели жизни не проводилось.

На момент выписки календарный возраст детей составлял от 8 до 14 недель; постконцептуальный возраст (ПКВ) – от 34 до 42 недель. 1 ребенок (5,9%) в возрасте 4 недель был переведен в хирургическое отделение, еще 1 был выписан из ЛПУ в возрасте 18 недель (ПКВ 46 недель).

У 12 детей (66,7%) выявлена недостаточная прибавка массы тела в неонатальном периоде. Масса тела при выписке была ниже 3 перцентили у 9 детей (50%); в коридоре от 3% до 10% - у 3 (16,7%); в коридоре от 10% до 50% - у 6 (33,3%). В 100% случаев масса детей не достигала 50 перцентили. В динамике снижение на 2 и более коридора между массой тела при рождении и при выписке наблюдалась у 7 детей (38,9%); в остальных 61,1% случаев разница составила 1 коридор. Выявлена связь умеренной силы между недостаточной прибавкой массы тела в неонатальном периоде и наличием соматической патологии ($p=0,509$), крайне-отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом ($p=0,582$), а также урогенитальной инфекцией во время беременности у матери ($p=0,522$).

Выводы:

1. Максимальная убыль первоначальной массы тела достоверно коррелировала с массой тела при рождении.

2. Наиболее значимыми пренатальными факторами риска недостаточной прибавки массы тела у новорожденных с ЭНМТ явились соматическая

патология, крайне-отягощенный акушерско-гинекологический анамнез и урогенитальная инфекция во время беременности у матери.

Список литературы:

1.Алямовская Г.А. Динамика физического развития детей, рожденных недоношенными, в зависимости от вида вскармливания на первом году жизни / Г.А. Алямовская, Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова // Практика педиатра. – 2020. – №1. – С.40-44

2.Алямовская Г.А. Особенности физического развития глубоконедоношенных детей / Г.А. Алямовская, Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2015. – №4. – С.11-18

3.Мустафина М.Ю. Особенности состояния здоровья, отдельных показателей метаболизма и клеточного энергообмена в динамике первого года жизни у детей, родившихся в сроке сверхранных преждевременных родов Текст.: дис. канд. мед. наук / М. Ю. Мустафина. Екатеринбург: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2018. – 114 с.

4.Шабалов Н.П. Перинатальный опыт адаптации к внеутробной жизни: Актовая речь. СПб.: СПбГПМУ, 2018. 42 с.

5.Шалина Р.И. Здоровье детей, родившихся с экстремально низкой и очень низкой массой тела / Р.И. Шалина, Ю.В. Выхристюк, Е.Я. Караганова и др. // Лечебное дело. – 2016. – №2. – С.14-21

6.Adair, L.S. Developing world perspective: the importance of growth for shortterm health / L.S. Adair // Nestle Nutr Inst Workshop Ser Pediat Program. - 2010. – №65. – P. 71-83

УДК 616.12-007-053.31

Бобылева Е.С., Сошникова А.А.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У
НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Кафедра факультетской педиатрии им. Н.С. Тюриной
Южно-Уральский государственный медицинский университет
Челябинск, Российская Федерация

Bobyleva E.S., Soshnikova A.A.

**EPIDEMIOLOGY OF CONGENITAL HEART DISEASE IN THE
NEWBORNS**

Department of faculty pediatrics named after N.S.Tyurina
South Ural State Medical University
Chelyabinsk, Russian Federation

E-mail:yelena.bobyleva97@bk.ru