

13. Тодоров И. Клинические лабораторные исследования в педиатрии, медицине и физкультуре. - София, 1966. - С. 48-49.
14. Утегенов Н.У., Дехканов К.А. Физиологические аспекты витаминного обмена в норме и при мочекаменной болезни у детей. Журнал: "Тиббиётда Янги кун". 1(1) 2013. - С.11-16.
15. Утегенов Н.У., Ешанов А.Т. Обеспеченность витаминами В6 больных нефроуролитиазом и влияние метаболитной терапии. //Вестник Каракалпакского отделения АН РУз. Нукус, 1998. - №7. - С.64-71.
16. Утегенов Н.У., Хасанов Ю.У., Дехканов К.А., Хусенов М.У. Противорецидивная метаболическая коррекция и организация лечебного питания при мочекаменной болезни у детей. Метод. рекомендации. Ташкент, 1991-69 С.
17. Утегенов Н.У., Худоеров Р.С., Калмуратова Г.Ю. Болаларда дисбактериялар сиратитуфайлихосилбулганкалькулезлипиелонефритни даволашусули. Патент №JAP 2904. УзРДавлат патент идораси 20.10.2005.
18. Ути И. А. Некоторые показатели обмена биоэлементов и разработка новых методов комплексного лечения хронического пиелонефрита у детей: Автореф. дисс. □ канд. мед. наук. - Саратов, 1989. - 22 с.

Поступила 20.01. 2018

УДК: 618.531

ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО И ПОЗДНЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА

Исмазова М.И., Ихтиярова Г.А., Хафизова Д.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В связи с этим особую актуальность приобретает сохранение жизни и здоровья каждого родившегося ребёнка. Более 40% детей рождаются больными или заболевают в периоде новорожденности, в среднем каждый десятый младенец рождается с низкой массой тела. В этой ситуации увеличение рождаемости, сохранение и укрепление здоровья каждого ребенка являются приоритетными государственными задачами, которые особенно актуальны в свете поэтапного перехода Узбекистана рекомендованные ВОЗ критерии живорожденности, мертворождения, перинатальной, неонатальной и младенческой смертности.

Ключевые слова: синдромом ограничения роста плода, маловесные дети

ЎСИШДАН ОРҚАДА ҚОЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА НЕОНАТАЛ ВА ПОСТНАТАЛ ДАВРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Исмазова М.И., Ихтиярова Г.А. Хафизова Д.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Болалар саломатлигини сақлаш ва мустаҳкамлаш биринчи даражали вазифалардан биридир. Бу борада ҳар бир туғилган чақалоқнинг ҳаёти ва саломатлигини сақлаб қолиш алоҳида муҳимдир. 40% дан ортиқ болалар касал ҳолда туғилади ёки чақалоқлик даврида касалга чалинади, ўртача олганда ҳар бир унинг чақалоқ кичик тана вазни билан туғилади. Бундай вазиятда туғилишни, ҳар бир бола саломатлигини сақлаб қолиш ва мустаҳкамлаш давлатимизнинг устувор вазифаларидан бўлиб, улар ВОЗ тавсия этган тирик туғилиш, ўлик туғилиш, перинатал, неонатал ва чақалоқлик ўлими кўрсаткичларини камайтириш Ўзбекистон Республикаси тиббиёт соҳаси асосий вазифаларидан бири бўлиб қолади.

Калит сўзлар: ҳомила ўсишининг ортда қолиши, кам вазн.

NEONATAL AND POSTNATAL DIAGNOSIS OF GROWTH RESTRICTION SYNDROME

Ismatova M.I., Ixtiyarova G.A. Hafijova D.,

Bukhara state medical institute.

✓ Resume,

In communication with it special relevance is acquired by conservation of life and health of each been born child. More than 40% of children are born patients or are ill in the neonatal period, on average every tenth baby is born with low body weight. In this situation the birth rate augmentation, preservation and promotion of health of each child are priority national objectives which are especially urgent in the light of phased transition of Uzbekistan the criteria of alive birth, a still birth, a perinatal, neonatal and infantile mortality recommended to WHO.

Keywords: fruit arrest of development, children with a small weight

Актуальность

Дети, рождённые малой массой представляют собой особую группу пациентов, для которых характерны признаки физиологической незрелости, что определяет особые условия выхаживания. В мире ежегодно рождается около 24 млн. маловесных детей, что составляет 17% от всех новорожденных. По данным различных исследователей частота СОРП (синдром

ограничения роста плода) плода варьируется в большом диапазоне: от 3% до 7% - в развитых странах, до 25% - в развивающихся. С 2000 по 2006 год в России отмечается неуклонный рост частоты встречаемости ЗВУР(задержка внутриутробного развития) с 3,5 до 5,2 % соответственно (В.Д. Луценко, Ю.И. Набережнев, 2011г.). По данным Мультииндикаторного кластерного исследования (МИКИ), проведенного в 2006 году, в Узбекистане приблизительно 5 процентов мла-

денцев при рождении имели вес менее 2500 грамм (Ахмедова Д.И. и др. 2009 г.). У маловесных новорожденных отмечается высокий риск долговременных патологических состояний, оказывающий широкомасштабное влияние на систему оказания медицинской помощи (Скворцова В.А и др. 2006 г, Кулаков В.И. и др. 2007 г, Kaija Mikkola et al. 2005 г.). Большинство детей-инвалидов рождается морфофункционально незрелыми и недоношенными младенцами. Особенно высок риск инвалидности при рождении ребёнка с очень низкой массой тела - менее 1000 г. Наиболее тяжелыми исходами перинатального периода, характерными для маловесных, являются нарушения ЦНС в виде детских церебральных параличей-60% и органа зрения в виде слабовидения, слепоты-до 30%.(Аронскинд Е.В. 2000 г., Кузьменко Н.Г. и др. 2009 г.) Эти отклонения здоровья часто сопровождаются сопутствующей патологией бронхо-легочной, сердечно-сосудистой, пищеварительной систем, основу которых составляет морфофункциональная незрелость (Аронскинд Е.В. 2000 г., Дементьева Г.М. и др. 2004 г, Ковтун О.П. и др. 2008 г.).

Цель исследования:

Определение особенностей течения гестации и факторов рождения маловесных детей для обоснования прогнозирования и своевременной его профилактики.

Материалы и методы

Основную группу составили 51 родильницы, у которых новорождённые родились массой тела до 2499,0 граммов в сроке гестации от 37 недель и более.

Контрольную группу составили 21 родильницы, у которых роды произошли своевременно и массой тела новорождённых свыше 2500,0 граммов.

В сравнительном аспекте анкетно - опросным методом изучены соматический и акушерско-гинекологический анамнез, лабораторные данные и клиническое течение родов в изучаемых группах. Изучались частота, причинные факторы рождения маловесных детей.

Результаты и обсуждение

Среди 68% обследованных новорожденных диагностирована ассиметрическая форма СОРП, а у 32% выявлена симметрическая форма отставания.

Диагностику СОРП также можно провести по клинической характеристике, родившейся маловесного ребенка.

Телосложение маловесного ребенка как правило бывает диспропорциональным, кожи и слизистые оболочки обычно бледные, сухие и шелушащаяся, с признаками гипотрофии и трофических нарушений. Подкожная клетчатка у маловесных детей также была недоразвита. Живот у этих детей ладьевидный, голова сравнительна со здоровым ребёнком несколько большая. При рождении у маловесных детей крик ослабленный, пискливый. Сосательный рефлекс проявился несколько позже (через 1 час), чем у здоровых детей. Тонус мышц также был гипотоничным в отношении здоровых детей.

Итак, по клинической характеристике маловесными по всем параметрам отставали от здоровых де-

тей. 9,8% детей, родились СОРП I степени, у которых МРК (массо-ростовой коэффициент) составил 56-59. У 43% выявилось II степень СОРП, МРК, у которых составил 50-55. А 47% детей имели тяжелую степень СОРП. У них МРК составил 49 и менее.

Для проведения постнатальной диагностики СОРП кроме изучения антропометрических показателей мы наблюдали за особенностями течения адаптационного периода в сравнении с детьми родившихся здоровыми. Период адаптации характеризуется рядом морфологических и функциональных изменений, возникающих в организме ребенка в связи с переходом от внутри - к вне утробной жизни. В первые дни жизни (до 4-5 суток) имеет место так называемая физиологическая потеря массы (5-8%), потеря массы более чем на 10% расценивается как патологическая. С 7-10 суток масса начинает восстанавливаться.

Температура тела обычно в первые 2-3 недели неустойчива и во многом зависит от температуры окружающей среды. Гримасничанье, небольшие подёргивания и легкое дрожание конечностей возможны в первые сутки жизни. Иногда в первые трое суток у новорожденных наблюдается некоторое угнетение рефлексов и снижение мышечного тонуса. Обычно это связано с родовым актом и к 3-5 суткам, как правило, исчезает.

Тело новорожденного первоначально сохраняет позу с согнутыми и приведенными к туловищу конечностями (внутриутробное положение). Подкожной жировой слой расположен равномерно, что придаёт телу ребенка округлость и полноту. Мускулатура развита слабо. Кожа тонкая, легко ранимая. Высота головы составляет 1/4-1/5 длины тела, туловище длиннее ног, руки и ноги примерно одной длины.

В первые 2-3 суток внеутробной жизни выделяется первородный кал- меконий- темно-оливковая тягучая густая масса без запаха, состоящая из слизи, желчных пигментов и слущенных клеток эпителия. Позже появляется так называемый переходный стул коричневатого-зеленоватого цвета, богатый слизью, иногда водянистый и пенистый. С 5-6 суток устанавливается обычный (молочный) стул, характерным признаком которого является кислый запах. В первые 2 суток частота мочеиспусканий составляет 4-5 раз в сутки, а с третьих суток она быстро увеличивается и к концу второй недели доходит до 15-20 раз в сутки.

У 41 детей (80,4%) имеются трофические расстройства кожи (сухая, морщинистая, шелушащаяся, бледная, могут быть трещины); подкожный жировой слой истончен, а при тяжелой степени отсутствовать совсем; тургор тканей снежен значительно.

У большинства 36 (70,6%) новорожденных с СОРП потеря массы тела затягивается до 7-8 дня и может достигать 10-15% от первоначальной. Восстановление первоначальной массы идет медленно до 10-14 дня. Характерно было так же длительно держащейся транзиторная желтуха, которая наблюдалась в наших исследованиях у 18(35,3%) новорожденных. У 24 (47,1%) новорожденных медленно заживляла пупочная ранка после отпадения пуповинного остатка.

Для детей с СОРП характерно было частое развитие осложнений. Почти у каждого второго новорожденного 39 (48,5%) детей отмечался гипотермия. Конечно, нарушение терморегуляции у детей с СОРП обусловлено было со сниженными запасами подкожного жирового слоя.

С первого дня жизни дети со СОРП нуждались в дифференцированном режиме вскармливания. Выбор способа вскармливания, времени первого прикладывания ребенка к груди, частоты кормлений проводился с учетом общего состояния новорожденного, наличия сосательного и глотательного рефлексов.

По возможности применялось раннее прикладывание к груди уже через 2-3 часа после рождения (по состоянию можно прикладывать и как здоровых в течение первых 30 минут после рождения, в родзале).

Отмечались нарушение мышечного тонуса, снижение или отсутствие сосательного рефлекса и рефлексов периода новорожденности (Бабкина, Моро, Робинсона) в 29,4% случаев. В ряде случаев (41,2%) отмечается повышение нервно-рефлекторной возбудимости, расстройство сна, повышение внутричерепного давления.

Довольно часто наблюдаются нарушения функции мочевого тракта (МПТ), как олигурия (у 12 детей-23,5%), у 43 (84,3%) детей нарушение функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в основном проявляющемся в виде: срыгивания, рвоты, метеоризма, более длительный мекониевый характер стула(до 4-5 дня жизни).

У 17 (33,3%) детей имеются изменения и со стороны сердечно-сосудистой системы: приглушение сердечных тонов, брадикардия, систолический шум на верхушке сердца.

У 18(35,3%) детей с СОРП в первые месяцы жизни наблюдаются различные транзиторные формы - септических заболеваний, в виде омфалит, конъюнктивит, мастит, кандидозный стоматит, пелёночный дерматит и др.. Возможно это обусловлено со сниженными специфическими и неспецифическими факторами недостаточности иммунной защиты у данной категории новорождённых.

При различных акушерских патологии с начальными признаками плацентарной недостаточности чаще наблюдается ассиметричная гипотрофия с нарушением функции почек, печени, ЖКТ и сердца. Для повышения эффективности диагностики нарушений функции плаценты при антенатальных патологиях рекомендуют проводить скрининг центре УЗИ с доплерографией в динамике для выявления различных патологии плода и плаценты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахмедова Д.И., Мирходжаева И.П. Особенности адаптации маловесных новорожденных /Педиатрия 2009. №1-2. С 69-72.
2. Дементьева Г.М. Выхаживание глубоко недоношенных детей: современное состояние проблемы /Педиатрия//2004. -№3 С. 60-62.
3. Дементьева Г.М., Шабалов Н.П. Задержка внутриутробного роста и развития. М.: МЕДпресс-инфо, 2006; 1: 88-109.
4. Долгушина Н.В., Казанцева Е.В., Пивоварова А.В. Влияние антропогенных химических веществ на массу тела новорожденных /Акушерство и гинекология 2013- №12. стр 58-64.
5. Ломова Н.А., Кан Н.Е., Донников А.Е., Зубков В.В., Тютюнник В.А., Сухих Г.Т. Клинические и молекулярно-генетические предикторы реализации врожденной инфекции у новорожденных с задержкой внутриутробного развития. /Акушерство и гинекология 2013- №8. стр 35-39.
6. Лупенко В.Д., Набережнев Ю.И.. Лечение задержки внутриутробного развития плода: традиции и перспективы. /Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: медицина. Фармация . 2011. 15 том.
7. Насирова У.Ф. Постгипоксическая адаптация центральной нервной системы у новорожденных с задержкой внутриутробного развития. /Педиатрия 2012.№1-2.

Поступила 20.12. 2017