

2. Филонов, В. П. Эколого-эпидемиологическая оценка риска для здоровья человека качества атмосферы / В.П. Филонов, С.М. Соколов, Т.Е. Науменко. – Минск, 2001. – С. 80–85.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Занько Ю.В., Ковалёв Е.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Задержка роста плода (ЗРП) – этиологически полимодальное осложнение беременности. Несмотря на сравнительно небольшую распространённость данного состояния [1, 2, 3], высокие показатели перинатальной и заболеваемости и смертности детей с гипотрофией делают ЗРП краеугольным камнем современного акушерства [4]. Не вызывает сомнения и роль гипотрофии плода в развитии отклонений в нервно-психическом, физическом и социальном плане в зрелом возрасте у людей, родившихся маловесными [5]. Выделяют ряд факторов риска формирования ЗРП, однако большинство публикаций на эту тему противоречивы и указывают на различный вклад каждого отдельного фактора. При этом некоторым патологическим состояниям, имеющим место во время беременности, в литературе уделено недостаточно внимания.

Цель. Изучение распространённости и прогностической значимости основных факторов риска возникновения задержки роста плода.

Материалы и методы. Было проведено сплошное проспективное когортное исследование: анкетирование 275 беременных в III триместре. Опросник включал 18 вопросов, касающихся акушерско-гинекологического, соматического анамнеза, а также особенностей течения настоящей беременности. Данные статистически обработаны с помощью ППСИ «Statistica 6.0».

Результаты исследования. Из 275 включённых в исследование пациенток у 15 (основная группа) дети по массе тела находились ниже 10 перцентиля для своего срока гестации, что составило 5,8% от всей когорты. Для каждого показателя были рассчита-

ны относительные риски (ОР) развития ЗРП при наличии данного фактора риска. ОР представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Факторы риска формирования ЗРП

Показатель	Основная группа (n=15)	Контрольная группа (n=260)	Относительный риск [95% ДИ]
Физический труд	6	110	0,9 [95% ДИ 0,5; 1,8], p=0,86
Употребление фруктов <2 раз в неделю	1	7	2,5 [95% ДИ 0,3; 18,8], p=0,38
Вес отца <2500г	1	20	0,9 [95% ДИ 0,1; 6,0], p=0,88
Первая беременность	8	128	0,9 [95% ДИ 0,1; 6,0], p=0,89
Интергенеративный период <6 мес	1	1	17,3 [95% ДИ 1,1; 263,8], p=0,041
Интергенеративный период >2,5 лет	3	90	0,6 [95% ДИ 0,2; 1,6], p=0,29
Возраст <18 лет	0	5	0,9 [95% ДИ 0,4; 27,8], p=0,24
Возраст >35 лет	1	31	0,5 [95% ДИ 0,08; 3,8], p=0,55
Возраст >40 лет	0	4	4,3 [95% ДИ 0,5; 36,4], p=0,18
Заболевания почек	1	25	0,7 [95% ДИ 0,1; 4,8], p=0,71
Сахарный диабет	1	1	17,3 [95% ДИ 1,1; 263,8], p=0,041
Артериальная гипертензия	1	6	2,9 [95% ДИ 0,4; 22,5], p=0,31
Мертворождения	0	5	3,5 [95% ДИ 0,4; 27,8], p=0,24
Маловесные дети	4	26	2,7 [95% ДИ 1,1; 6,7], p=0,044
Курение	3	15	3,5 [95% ДИ 1,1; 10,7], p=0,032
ОРИ без повышения температуры	12	143	1,4 [95% ДИ 1,0; 1,8], p=0,048
ОРИ с повышением температуры	7	64	1,9 [95% ДИ 1,1; 3,4], p=0,034
Кровянистые выделения во время беременности	1	35	0,5 [95% ДИ 0,1; 3,4], p=0,47

Как следует из представленных выше данных, прогностически значимыми являются короткий интергенеративный период (ОР=17,3 [95% ДИ 1,1; 263,8], p=0,041), наличие у женщины сахарного диабета (17,3 [95% ДИ 1,1; 263,8], p=0,041), наличие в анамнезе детей с массо-ростовыми характеристиками ниже 10 перцентиля (2,7 [95% ДИ 1,1; 6,7], p=0,044), курение матери (3,5 [95% ДИ 1,1; 10,7], p=0,032), а также перенесённая во время на-

стоящей беременности острая респираторная инфекция как с наличием развёрнутой клинической картины заболевания, включающей повышение температуры тела (1,9 [95% ДИ 1,1; 3,4], $p=0,034$), так и без такового (1,4 [95% ДИ 1,0; 1,8], $p=0,048$). При этом не отмечено статистически значимого повышения относительного риска формирования гипотрофии плода у беременных женщин, занятых физическим трудом, имеющих рацион с ограниченным потреблением фруктов и овощей, имеющих интергенеративный период более 2,5 лет, первобеременных, у юных беременных и находящихся в более старшем репродуктивном возрасте, имеющих артериальную гипертензию, хронические заболевания почек и мертворождения в анамнезе, а также отмечающих эпизод кровянистых выделений из половых путей во время настоящей беременности. По этим показателям наши данные вступают в противоречие с данными литературы [6], по-видимому, вследствие более ограниченного объёма набранной когорты пациенток. Следует отметить, что рост частоты АГ за последние 10 лет с 1,5% до 2,1% не оказал значимого влияния на частоту ЗРП.

Выводы. Не смотря на то, что на то в Республике Беларусь наблюдается модификация основных факторов задержки роста плода (АГ, гестозы, курение), частота ЗРП остаётся стабильной – на уровне 3%.

Определено, что формирование ЗРП увеличивает шансы на досрочное родоразрешение (ОШ=3,7) и родоразрешение путём операции кесарево сечение (ОШ=2,2).

Установлено статистически значимо более частое развитие гипотрофии плода при первой беременности плодом женского пола (ОШ=1,5) и имеющемся плоде женского пола вне зависимости от паритета родов (ОШ=1,6).

Перенесённая во время настоящей беременности ОРИ увеличивает ОР формирования гипотрофии плода (ОР=1,9).

Литература

1. Сидорова, И.С. Состояние фетоплацентарной системы при высоком риске внутриутробного инфицирования плода / И.С. Сидорова [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2000. - №2. - С. 5-8.
2. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004 / F.C. Barros [et al.] // Cad Saude Publica. - 2008. – Vol. 24, № 3. – P. 390-398.

3. Mortality and morbidity in preterm small-for-gestational-age infants: a population-based study / S. Grisaru-Granovsky [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. [Electronic resource]. - 2012. - Mode of access : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21982023> : 17.02.2015.

4. Богомаз, С.Л. Индивидуальное развитие детей, рожденных с низкой массой тела / С.Л. Богомаз, Т.Н. Ковалевская // Веснік Віцебскага дзяржаўнага ўніверсітэта. - 2013. - № 3. - С. 122-125.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФЕКТОВ РЕЧИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОГО РАЙОНА

Заяц О.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Одно из ведущих мест в структуре первичной заболеваемости детей, посещающих учреждения дошкольного образования, занимает такая патология, как дефекты речи. Причем, в последние годы отмечается четкая тенденция к увеличению данной патологии.

Выделяют первичные и вторичные нарушения речи. Для первичных речевых расстройств характерно нарушение формирования речи у ребенка при сохраненном слухе, зрении и интеллекте. Вторичные речевые расстройства возникают и рассматриваются в структуре основного заболевания, которыми могут быть нарушения слуха, умственная отсталость, психические и неврологические расстройства, соматические заболевания [2].

Нарушение речевой функции оказывает отрицательное влияние на состояние здоровья и развитие ведущих физиологических систем организма. Все психические процессы развиваются с прямым участием речи, поэтому поражение речевой функции часто сопряжено с отклонением в психическом развитии, отмечаются различные по характеру и глубине различные нарушения умственной деятельности. При отсутствии определенной помощи со стороны педагогов, медиков, родителей у большинства детей речевые дефекты осложняются патохарактерологическим развитием личности, возможны агрессивность, повышенная истощаемость нервной системы, наблюдается дефицит внимания, недос-