

Здоровыми себя считает большая половина анкетированных (66%), 30% имеют хронические заболевания и 4% опрошенных являются часто болеющими.

Каждый третий респондент (33%) утверждает, что ведёт здоровый образ жизни, а 21% не ведут, и почти половина 46% стараются, но плохо получается.

Таким образом, воспитание здорового образа жизни у детей часто волнует родителей, которые стремятся задействовать своего ребенка в разнообразных спортивных секциях, учат его гигиене и стараются развивать всесторонне. Однако важным моментом того, подойдет ли такая система ценностей ребенку является то, подают ли родители сами правильный пример. Ведь здоровый образ жизни предопределяет дальнейшее здоровье ребёнка, здоровье его будущих детей и в целом, здоровье нации.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДОНОШЕННЫХ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

¹Прилуцкая В.А., ¹Сапотницкий А.В., ²Тимошина Л.А.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»

Актуальность. Задержка внутриутробного роста плода негативно отражается на формировании всех органов и становлении функций новорожденного ребенка, проявляясь различными вариантами нарушения адаптации в неонатальном периоде [1, 2].

Цель исследования – анализ особенностей адаптации маловесных новорожденных детей в зависимости от формы и степени задержки внутриутробного развития.

Материалы и методы. Обследовано 112 детей, рожденных и выхаживавшихся в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в 2014–2015 годах. Основную группу составили 72 ребенка с диагнозом «маловесный к сроку гестации» или «маленький к сроку гестации». Критерием включения в исследование была масса тела при рождении менее 10 центиля по модифицированным таблицам R.Fenton, 2013. Критериями исключения: множественные врожденные пороки развития, хромосомные болезни, гемолитическая болезнь новорожденных. Контрольная группа – 40 новорожден-

ных с антропометрическими показателями, соответствующими сроку гестации. Гестационный возраст детей основной группы – 39,0 (38,0–40,0) нед., контрольной – 40,0 (39,0–40,0) нед. ($P>0,05$). Расчеты проводились при помощи пакета программ «Statistica 7.0».

Результаты и обсуждение. В основной группе средние показатели массы тела составили 2560 (2390–2720) г, в группе контроля – 3310 (3240–3590) г, длины тела – 48 (46–49) и 52 (51–53) см, окружности головы – 33 (32,0–33,5) и 35 (34–35) см, окружности груди – 31 (29–32) и 33 (33–34) см соответственно.

У маловесных детей показатели относительной убыли массы тела в первые сутки жизни по сравнению с контрольной группой не имели достоверных различий, составив $1,68\pm 1,22\%$ против $2,10\pm 1,33\%$. Средние показатели максимальной убыли массы тела в группе маловесных детей были достоверно ниже, составили $83,89\pm 54,70$ г против $172,64\pm 74,59$ г в группе контроле ($p<0,001$). У новорожденных первой группы были ниже и относительные показатели максимальной убыли массы тела – $3,26\pm 2,03\%$ против $5,08\pm 2,35\%$ ($p<0,001$). Максимальная убыль массы у маловесных детей была зарегистрирована в среднем на $2,92\pm 1,06$ сутки жизни, у новорожденных контроля на $3,92\pm 1,14$ сутки ($p<0,001$). Волнообразное нарастание массы тела в неонатальном периоде зарегистрировано у 39 (54,2%) маловесных младенцев, что было несколько чаще, чем в группе контроля – 16 (40,0%), однако достоверных различий не выявлено. При внутригрупповом анализе (49 маловесных и 23 маленьких к сроку гестации) достоверных различий анализируемых характеристик динамики массы тела выявлено не было.

Течение раннего неонатального периода у детей с задержкой внутриутробного роста характеризовалось рядом патологических синдромов и состояний. Неонатальная желтуха в 3,3 раза чаще отмечалась у новорожденных основной группы ($\chi^2=7,5$, $p<0,01$). При этом уровень общего билирубина, определенный в сыворотке венозной крови на 3-4 сутки жизни, был достоверно выше в группе маловесных/малых к сроку гестации (235 (177–290) мкмоль/л и 196 (167–228) мкмоль/л соответственно; $p=0,015$). У 7 (9,7%) детей основной группы отмечалась гипопроteinемия (уровень общего белка в крови был ниже 45 г/л), и его

уровень был достоверно ниже у детей группы контроля ($p=0,029$). Отечный синдром наблюдался у 6 (8,3%) новорожденных с синдромом задержки роста, не был зарегистрирован в группе контроля. Транзиторная гипогликемия отмечалась у 16 (22,2%) новорожденных основной группы и 3 (7,5%) детей группы контроля ($\chi^2=4,0$; $p<0,05$), по уровню глюкозы выявлены статистически достоверные различия (3,29 (2,53–3,88) ммоль/л, 3,3 (2,62–4,47) ммоль/л, $p=0,046$). Полицитемия в 3 раза чаще наблюдалась у детей основной группы (23,6% против 7,5%, $\chi^2=4,0$; $p<0,05$). Токсическая эритема наблюдалась у 19 (26,4%) новорожденных основной группы и лишь у 2 (5,0%) детей группы контроля ($\chi^2=7,7$, $p<0,01$). Поражение ЦНС в виде синдромов угнетения, гипертензионного, общемозговых нарушений с патологическими изменениями мышечного тонуса и рефлексов отмечены у большинства новорожденных основной группы. Каждый четвертый маловесный ребенок имел врожденный порок сердца. МАРС диагностированы у 55 (76,4%) детей со ЗВУР.

У маловесных/малых новорожденных для вскармливания в раннем неонатальном периоде существенно чаще использовались смеси: у 17 (23,6%) младенцев основной группы и лишь у 1 (2,5%) ребенка контрольной группы ($\chi^2=8,5$; $p=0,0036$). Частота исключительно естественного вскармливания в этот период у маловесных детей была достоверно ниже ($\chi^2=6,25$; $p=0,012$): 8 (11,1%) и 12 (30,0%) новорожденных соответственно. К моменту выписки большинство детей обеих групп находились на грудном вскармливании. Инфузионная терапия проводилась 32 (44,4%) маловесным/малым и 3 (7,5%) новорожденным с нормальной массой тела ($\chi^2=16,3$; $p<0,001$). Всем детям инфузионную терапию начинали в первые сутки жизни, средняя ее длительность составила 6 (4–7) дней.

Выводы. Отклонения в раннем неонатальном периоде имели все маловесные к сроку гестации доношенные новорожденные, при этом у 95% детей они выявлены в сочетании друг с другом. Наиболее часто наблюдались неонатальная желтуха, гипогликемия и полицитемия. Реже встречались токсическая эритема и гипопроотеинемия. Поражение ЦНС в виде синдрома угнетения, синдрома общемозговых нарушений отмечены у большинства новорожденных основной группы, высока частота врожденных по-

роков и малых аномалий развития сердца. Выявленные особенности течения неонатального периода у маловесных новорожденных важно учитывать с целью тщательного мониторинга состояния здоровья и качества оказываемой медицинской помощи данной категории младенцев.

Литература

1. Логвинова, И.И. Факторы риска рождения маловесных детей, структура заболеваемости, смертности / И.И. Логвинова, А.С. Емельянова // Российский педиатрический журнал. – 2000. – №4. – С. 50–52.

2. Ширяева, Т.Ю. Внутритрубное программирование гормонально-метаболических процессов и синдром задержки внутритрубного развития / Т.Ю. Ширяева, Е.В. Нагаева // Проблемы эндокринологии. – 2010. – № 6. – С. 32–40.

ПРАВОВАЯ ЗАЩИТА ДЕТЕЙ ИЗ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ СЕМЕЙ

Пушилова О.В.

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

В целях обеспечения защиты прав и законных интересов детей в неблагополучных семьях, повышения ответственности родителей, не выполняющих обязанности по воспитанию и содержанию своих детей, в 2006 году принят Декрет Президента Республики Беларусь № 18 «О дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях» (далее – Декрет). Декрет регулирует вопросы изымания ребенка из неблагополучной семьи, утверждения плана защиты его прав, определения его на государственное обеспечение, принятие мер воздействия на родителей в целях изменения их поведения, и обеспечения возмещения ими средств на содержание детей и, в конечном итоге, на восстановление семьи.

На первой стадии семейного неблагополучия дети признаются находящимися в социально опасном положении. К ним относятся несовершеннолетние, которые:

- воспитываются в семье, где родители недобросовестно относятся к выполнению обязанностей по воспитанию и содержанию своих детей, жестоко обращаются с ними;