

Алиментарные факторы, по мнению детей и их родителей, не являются провоцирующими в развитии анемии.

Литература:

1. Анастасевич, Л. А. Железодефицитная анемия у детей грудного и младшего возраста / Л. А. Анастасевич, А. В. Малкоч // Лечащий врач. – 2006. - №7. – С. 66-70
2. Малкоч, А. В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия у женщин детородного возраста / А. В. Малкоч, Л. А. Анастасевич, Н. Н. Филатова // Лечащий врач. – 2013. - №4. – С. 37-41
3. Смирнова, Л. А. Современные принципы лечения и профилактики дефицита железа в организме / Л. А. Смирнова // Медицинские новости. – 2000. - №3. – С. 14-19.
4. Weiss, G. Pathogenesis and treatment of anaemia of chronic disease / G. Weiss // Blood Rev. – 2002. - №16 (2). – P. 87-96.

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ, СПЕЦИФИЧНЫХ ДЛЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Косенкова Е. Г., Лысенко И. М., Баркун Г. К., Журавлева Л. Н.
УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь

Введение. Основной метод профилактики в педиатрии – диспансеризация здоровых и больных детей. Диспансеризация – система медицинских мероприятий, проводимых с целью оценки состояния здоровья, а также выявления заболеваний или факторов риска, способствующих их возникновению или развитию.

Изучение состояния здоровья населения, динамики и механизмов его формирования необходимо при разработке направленных воздействий на факторы риска, мероприятия по профилактике, лечению и реабилитации.

Материалы и методы. Была проведена оценка состояния здоровья 76 детей с риском развития, а также перенесенной внутриутробной инфекцией на первом году жизни. Нервно-психическое и физическое развитие оценивали на основании применения шкалы, предложенной группой авторов. Выяснялось

влияние инфекционного агента и реализовавшейся инфекции на физическое и нервно-психическое развитие детей до года.

Результаты собственных исследований. Включение ребёнка в ту или иную группу здоровья во многом определяет тактику наблюдения за ним на протяжении первых месяцев жизни. На первом месяце жизни I группа здоровья не была зарегистрирована ни у одного ребенка. Во II-а группу были отнесены 42 ($55,26 \pm 5,70\%$) ребенка, во II-б группу – 28 ($36,84 \pm 5,53\%$) младенцев. III группа здоровья была у 6 ($7,89 \pm 3,09\%$) новорожденных, с IV группой здоровья не было ни одного ребенка.

К возрасту одного года I группа здоровья была у 35 ($46,05 \pm 5,72\%$) детей, II-а – у 28 ($36,84 \pm 5,53\%$) пациентов, во II-б – 8 ($10,53 \pm 3,52\%$) младенцев, III – у 3 ($3,95 \pm 2,23\%$) детей, IV группа здоровья зарегистрирована в 2 ($2,63 \pm 1,84\%$) случаях.

При оценке физического развития обследованных детей на протяжении первого года жизни было установлено, что гармоничное развитие к 12 мес. Было у 58 из 76 детей, дисгармоничное развитие отмечалось за счет дефицита массы тела у 11 детей, избытка массы тела – у 7 детей (18 пациентов).

Структура заболеваемости детей 1-го года жизни представлена в табл. 1, 2.

Таблица 1. – Структура заболеваемости у детей до 1 года

Заболеваемость	Дети с реализовавшейся ВУИ		Дети с высокой и средней степенью риска реализации ВУИ		Здоровые дети и дети с низкой степенью риска развития ВУИ	
	п	%	п	%	п	%
Аллергические болезни	11	14,4	8	10,5	6	7,8
Заболевания крови	10	13,2	8	10,5	4	5,2
Инфекционные болезни	8	10,5	6	7,9	2	2,6
Болезни органов зрения	5	6,5	6	7,9	5	6,5
Болезни ЖКТ	3	3,9	1	1,3	2	2,6
Прочие	4	5,2	2	2,6	2	2,6
Болезни опорно-двигательного аппарата	3	3,9	2	2,6	3	3,9
Заболевания органов мочеполовой системы	2	2,6	1	1,3	3	3,9

Как видно из таблицы, в структуре заболеваемости детей на первом году жизни во всех исследуемых группах на первом месте – аллергические заболевания, что может быть обусловлено ранним искусственным вскармливанием, массивной фармакотерапией в неонатальном периоде. На 2-м месте – заболевания крови (анемия), на 3-м месте – инфекционные заболевания.

Таблица 2. – Показатели респираторной заболеваемости у детей за первый год жизни ($M \pm m$)

Показатель	1 группа	2 группа	3 группа
Среднее количество ОРЗ (случаев в год)	$3,01 \pm 1,09^*$	$2,48 \pm 0,56^*$	$1,89 \pm 0,42$
Длительность ОРЗ (дни)	$12,01 \pm 4,36^*$	$10,01 \pm 2,46^*$	$7,34 \pm 0,8$

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с детьми группы сравнения

Из таблицы 2 видно, что дети, которые перенесли внутриутробную инфекцию, достоверно чаще болеют острыми респираторными заболеваниями, чем дети без реализации ВУИ. Средняя частота ОРЗ детей, перенесших ВУИ, равна $3,01 \pm 1,09$ случая в год, у детей с высокой и средней степенью риска реализации ВУИ – $2,48 \pm 0,56$ случая в год, у детей группы сравнения – $1,89 \pm 0,42$ случая в год. Различия между группами сравнения и контроля также статистически достоверны.

Индекс резистентности к инфекциям (ИР) у детей определяют по кратности любых острых заболеваний, перенесённых ребёнком в течение года. При оценке степени резистентности организма у детей с реализовавшейся ВУИ число перенесённых заболеваний за год было 0,46, у детей с высоким и средним риском реализации ВУИ – 0,32, в группе сравнения – 0,24. Таким образом, более частая кратность острых заболеваний и высокие значения индекса резистентности выявлены у детей I и II групп.

Оценка нервно-психического развития

По разработанной нами шкале у детей до года проводилась ежемесячная количественная оценка основных показателей развития, которые оцениваются по четырехбалльной системе (оптимальное развитие функции – 3 балла, ее отсутствие – 0 баллов) с учетом динамики нормального возрастного развития. Оптимальная оценка по шкале возрастного развития соответствует

15 баллам. Шкала валидирована в учреждении здравоохранения «Витебская городская центральная детская поликлиника» филиал №1 Детской поликлиники № 1 г. Витебска совместно с неврологом.

На каждом возрастном этапе оценивается нервно-психическое развитие по следующим параметрам: грубая и тонкая моторики, речь или предречевое развитие, социальное поведение, сенсорные реакции. При оценке 11-15 баллов на одном возрастном этапе в большинстве случаев можно расценивать как вариант возрастной нормы. Оценка 6-11 баллов свидетельствует о задержке развития. Группу детей с оценкой ниже 5 баллов составляют пациенты с тяжелой общей задержкой развития в результате органического поражения центральной нервной системы (табл. 3).

Таблица 3. – Показатели нервно-психического развития детей до одного года

Группы	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	9 месяцев	1 год
Дети с реализовавшейся ВУИ	10,2±1,54	10,2±1,42	9,7±1,36*	10,1±1,54*	10,9±1,94*
Дети с высокой и средней степенью риска реализации ВУИ	11,3±1,68	12,1±1,75	11,3±1,82	11,8±2,35	13,1±1,68*
Здоровые дети и дети с низким риском реализации ВУИ	13,3±1,41	14,2±1,84	13,8±2,38	14,6±1,97	14,7±1,87

Примечание: * - $p < 0,05$, по отношению к здоровым детям и детям с низким риском реализацией ВУИ.

Из таблицы 3 видно, что при оценке суммы баллов в разные декретивные сроки у детей с реализацией внутриутробной инфекции отмечается задержка моторного развития по сравнению со здоровыми детьми и группой риска внутриутробного инфицирования.

Если рассматривать нервно-психическое развитие по основным линиям развития, то у детей в первой группе чаще встречалось отставание в развитии речи, тонкой и грубой моторики.

Для диагностики заболеваний нервной системы, проявляющихся специфической задержкой психомоторного развития, важное значение имеет оценка сопутствующих задержке развития неврологических и психопатологических синдромов.

Ниже представлены основные синдромы, отражающие преимущественный тип нервно-психического реагирования на первом году жизни (табл. 4).

Таблица 4. – Основные синдромы нарушения нервно-психического развития у детей первого года жизни

Патология	Дети с реализованной ВУИ n=23	Дети с высокой и средней степенью риска реализации ВУИ (n=25)	Здоровые дети и дети с низким риском реализации ВУИ n=28
Синдром гипервозбудимости	4	2	1
Синдром гиповозбудимости	3	2	-
Синдром двигательных дисфункций	5	2	-
Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций	3	1	-
Церебрастенический синдром	1	-	-
Синдром минимальных мозговых дисфункций	1	1	1
Судорожный синдром	3	1	-
Психическое развитие соответствует норме	8	16	26

Часто встречались такие синдромы, как синдром гипервозбудимости, синдром двигательных дисфункций, синдром вегето-висцеральных дисфункций. В структуре психических нарушений у детей с ВУИ в возрасте до года доминирующее положение занимали такие синдромы, как гипер- и гиповозбудимость (7,9% и 6,6%), а также синдром двигательных

дисфункций (9,2%). У 4 детей отмечалась смена синдрома гиповозбудимости на синдром двигательных дисфункций.

Выводы:

1. У детей с реализованной внутриутробной инфекцией чаще встречается дисгармоничное развитие за счет дефицита массы тела

2. У пациентов с реализовавшейся инфекцией и у пациентов группы риска по реализации ВУИ отмечается повышение индекса резистентности (0,46 и 0,32 в I и II группах, соответственно).

3. Младенцы с реализовавшейся ВУИ и дети с высокой и средней степенью риска реализации ВУИ чаще, чем их здоровые сверстники, страдают аллергическими заболеваниями, заболеваниями крови (анемия).

4. Запоздалое формирование двигательных и речевых навыков, эмоциональных реакций на первом году жизни отмечалось у большинства детей с реализовавшейся ВУИ.

5. Выявленные отклонения в психомоторном развитии детей, перенесших ВУИ, подтверждают целесообразность пристального наблюдения неврологом пациентов группы риска по реализации ВУИ вне зависимости от наличия или отсутствия неврологической симптоматики при рождении. Такие младенцы нуждаются в ежеквартальных курсах реабилитации даже при незначительных нарушениях со стороны ЦНС.

Литература

1. Акушерство. Национальный учебник / Под ред. С. Н. Занько, Л. Е. Радецкой. – Мн.: Вышэйшая школа, 2013. – С. 485-530

2. Лысенко, И. М. Особенности течения и заболевания периода новорожденности. Уч.-метод. Пособие / И. М. Лысенко. – Витебск: изд-во УО «ВГМУ», 2014. – 267 с.

3. Пропедевтика детских болезней. Пособие / Под ред. И. М. Лысенко. – Витебск: изд-во УО «ВГМУ», 2014. – 401с.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Кривицкая Л. В., Зарянкина А. И.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Беларусь

Введение. Внутриутробные инфекции (ВУИ), во многом определяющие уровень мертворождённости, неонатальной и