

Т.І. Мизгіна, О.О. Калюжка

ДІТИ З ВЕЛИКОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ: ОСОБЛИВОСТІ ОНТОГЕНЕЗУ, ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ТА ПОСТНАТАЛЬНА АДАПТАЦІЯ

ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

ДІТИ З ВЕЛИКОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ: ОСОБЛИВОСТІ ОНТОГЕНЕЗУ, ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ТА ПОСТНАТАЛЬНА АДАПТАЦІЯ. В роботі наведені результати вивчення фізичного розвитку та особливостей адаптації в неонатальному періоді дітей, які мають при народженні велику масу тіла. Проаналізовані особливості їх антенатального онтогенезу.

ДЕТИ С БОЛЬШОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ: ОСОБЕННОСТИ ОНТОГЕНЕЗА, ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ПОСТНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ. В работе приведены данные изучения особенностей физического развития и неонатальной адаптации детей с большой массой тела при рождении. Проанализированы особенности антенатального онтогенеза этих детей.

THE NEWBORNS WITH HIGH BODY WEIGHT: PECULIARITIES OF ONTOGENESIS, PHYSICAL DEVELOPMENT AND POSTNATAL ADAPTATION. In the work there were studied the physical development and adaptation peculiarities in neonatal period who have high body weight. There were analyzed the peculiarities of their antenatal ontogenesis.

Ключові слова: новонароджені, велика маса, фізичний розвиток, антенатальний онтогенез.

Ключевые слова: новорожденные, большая масса, физическое развитие, антенатальный онтогенез.

Key words: newborns, high weight, physical development, antenatal ontogenesis.

ВСТУП. Будь-якому живому організму властиві ті чи інші темпи росту та розвитку, що є генетично зумовленими. Ріст дитини визначається взаємодією низки різноманітних чинників [4, 6]. Генетично детермінованим є нормальний внутрішньоутробний розвиток, значний вплив на процеси формування та дозрівання організму мають різні зовнішні фактори [1, 5].

Проблемі фізичного розвитку новонароджених присвячена велика кількість досліджень [1, 3]. Більшість з цих робіт відображає різні аспекти онтогенезу дітей, які народилися з малою масою тіла [7]. Разом з тим, майже чверть дітей народжуються з великою масою тіла. Питання їх розвитку та постнатальної адаптації відображені у фаховій літературі недостатньо.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей онтогенезу та постнатальної адаптації, визначення рівня та гармонійності фізичного розвитку дітей з великою масою тіла при народженні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Обстежено 105 пацієнтів з масою тіла при народженні понад 4000 г, які народилися в пологовому відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні. Було вивчено перинатальний і родинний анамнез, визначено фізичний розвиток та стан здоров'я батьків до моменту народження дитини, основні антропометричні параметри фізичного розвитку новонароджених, проаналізовано особливості їх постнатальної адаптації.

Серед обстежених нами новонароджених було 61 хлопчик та 44 дівчинки (58,1 % і 41,9 % відповідно). Всі діти народилися в терміні гестації 38-40 тижнів.

Вивчення основних антропометричних параметрів фізичного розвитку дітей при народженні показало,

що в найбільш значних межах коливалися показники маси тіла новонароджених – від 4000 до 5200 г. Показники довжини тіла були від 51 до 59 см.

Середні значення антропометричних показників дещо відрізнялися в хлопчиків і дівчаток (табл.1).

Таблиця 1. Показники фізичного розвитку обстежених новонароджених

Несапа	н сяс	Чтіяе як	з иВРП г і Бра як	з иВР Ст уР, на як
ГІ 43р2р 6VL	(м) 7()	0(± 7) ±8	ML ± 7) ± a	MO ± 7) ± a
* іВ3се2с аВ((аа	(8)) 7м)	0м ± 7) ±8L	mmO ± 87) ± 0a	MO ± 8L 7) ±)

Оцінка рівня фізичного розвитку обстежених новонароджених за допомогою центильних таблиць показала, що більш ніж половина з них має високий та дуже високий фізичний розвиток. Середній фізичний розвиток був лише у 18 % хлопчиків та в 20,5 % дівчаток (рис. 1).

Все це, ніби то, свідчить про задовільний розвиток обстежених дітей в антенатальному періоді, разом з тим, дослідження гармонійності фізичного розвитку новонароджених показало, що майже половина з них (49 %) мають дисгармонійний фізичний розвиток. Найбільша кількість негармонійно розвинутих дітей була серед новонароджених із середнім фізичним розвитком. В більшості обстежених пацієнтів (66,7 %) дисгармонійність фізичного розвитку була зумовлена надлишком маси порівняно з

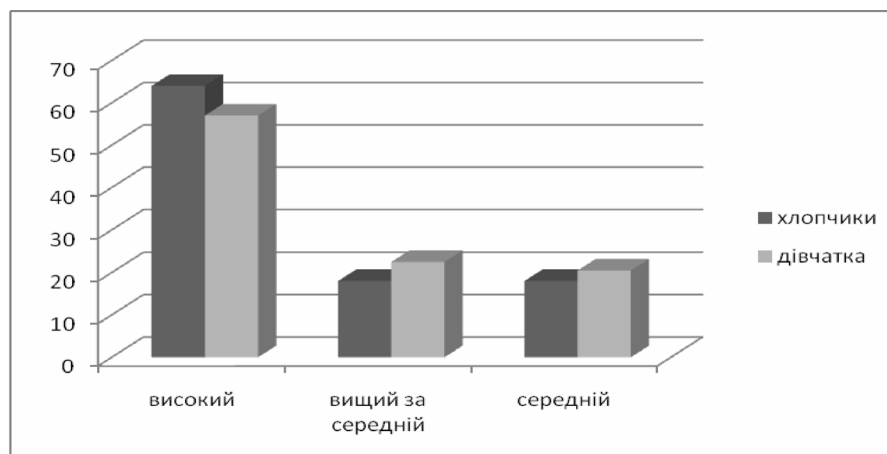


Рис.1. Рівень фізичного розвитку обстежених дітей при народженні.

новонародженими, які мали недостатню щодо зросту масу тіла (33,3 %).

Були наявні також певні відмінності в частоті дисгармонійного розвитку залежно від статі дитини. Серед хлопчиків дисгармонійність фізичного розвитку з однаковою частотою була зумовлена як нестачею маси тіла щодо зросту, так і її надлишком. У дівчаток частіше фіксували надмірну масу тіла (86,4 %) порівняно з дітьми, які мали ознаки недостатнього харчування (13,6 %).

У хлопчиків більш значний відсоток дисгармонійного розвитку був у осіб з дуже високим фізич-

ним розвитком (за рахунок недостатньої щодо зросту маси тіла). У дівчаток дисгармонійність частіше була у випадках з розвитком вище середнього – за рахунок надлишку маси.

Відомо, що нормальний кінцевий зріст людини зумовлений спадково, та визначається параметрами фізичного розвитку батька та матері. Нами було проведено вивчення і аналіз показників фізичного розвитку батьків новонароджених на час народження дитини. Виявлено, що майже дві третини з них мали середній фізичний розвиток, та лише у 8,3 % матерів фізичний розвиток оцінювався як нижчий за середній (рис. 2).

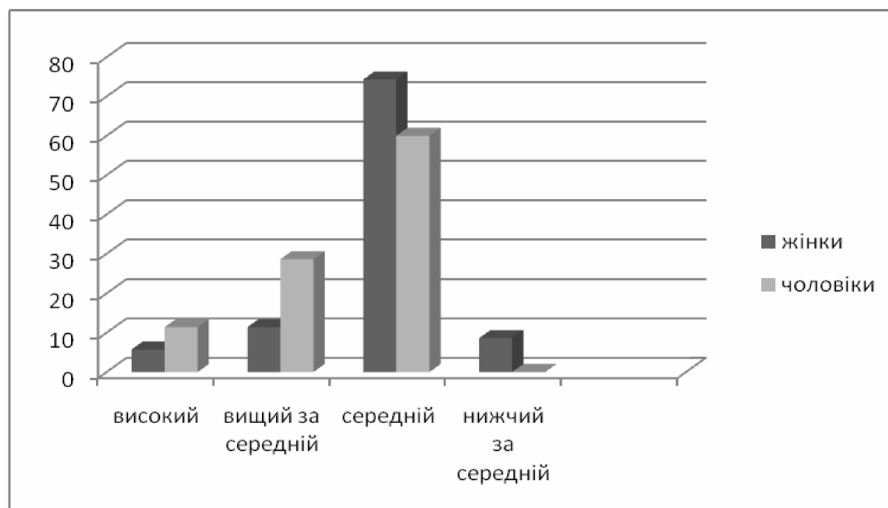


Рис.2. Рівень фізичного розвитку батьків при народженні дітей.

Надмірну масу тіла до моменту теперішньої вагітності мали 21 % жінок, недостатню – 14,3 %, в усіх інших маса тіла відповідала нормі. Серед чоловіків невідповідність показників зросту та маси тіла мали 14 % осіб (переважно – надлишок маси). Загалом, не було виявлено прямого кореляційного зв'язку між показниками фізичного розвитку батьків та їх дітей при народженні, але у хлопчиків з високим та дуже

високим фізичним розвитком один з батьків частіше також мав високий рівень фізичного розвитку.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Було проаналізовано динаміку додавання маси тіла жінками під час теперішньої вагітності. Матері обстежених нами дітей додавали під час теперішньої вагітності від 5 до 33 кг, що становило відповідно від 0,5 % до 42 % попередньої маси тіла. Нормаль-

на прибавка маси була під час теперішньої вагітності в 41 % матерів, недостатня у майже чверті (24,8 %), надмірна – більш ніж в третині (34,3 %). При цьому, діти від жінок з надмірною прибавкою маси тіла вірогідно частіше мали дисгармонійність фізичного розвитку, як за рахунок надлишку маси щодо зросту, так і за рахунок її нестачі.

Наявні літературні дані щодо впливу на розвиток і стан здоров'я дітей при народженні віку батьків та паритету вагітності [6]. Вивчення нами анамнестичних даних свідчить, що вік батьків до моменту народження дітей коливався у межах від 17 до 43 років. Більшість малюків народилася від жінок активного репродуктивного віку, що відповідає віковій структурі породіль у відділенні.

Від першої вагітності народилося 52 дитини – 38,6 % дівчаток та 57,4 % хлопчиків. Серед жінок, діти яких народилися від наступної вагітності, 40 (38 %) мали обтяжений акушерський та/або гінекологічний анамнез (численні аборти, мимовільні викидні, мертвонародження, ускладнені попередні пологи).

Теперішня вагітність мала неускладнений перебіг лише у 8,6 % жінок. Найбільш частими ускладненнями були гестози, хронічна фетоплацентарна недостатність, анемія вагітних. 39 жінок під час вагітності дали згоду на обстеження на наявність в них маркерів TORCH-ВУІ. Серед обстежених більш ніж у 60 % випадків було виявлено носіння вірусу простого герпесу, цитомегаловірусу, токсоплазми, уреоплазми тощо. Одна жінка виявилася ВІЛ-інфікованою.

Майже 20 % жінок під час теперішньої вагітності перенесли гострі інфекційні захворювання, 74,2 % мали соматичну патологію. Слід відзначити, що серед жінок, які народили дітей з великою масою тіла, не було жодної хворої на цукровий діабет.

Як видно з вищенаведених даних, від першої та наступних вагітностей народилася приблизно однакова кількість малюків, але кількість наступних пологів була значно меншою (35,2 %) порівняно з випадками перших пологів (64,8 %).

Не було виявлено вірогідної розбіжності показників фізичного розвитку у дітей, які народилися від першої вагітності та пологів порівняно з тими, що народилися від наступних пологів.

ВИСНОВКИ. 1. При вивченні показників фізичного розвитку при народженні у дітей в одній родині слід відзначити, що всі старші діти, незалежно від статі, мали меншу масу тіла, ніж обстежені нами новонароджені. Майже 22 % старших сибсів також мали при народженні велику масу тіла, але їх фізичний розвиток на даний час розцінювався переважно як середній.

2. У жінок із великим плодом досить часто відзначаються аномальні та ускладнені пологи. В проведеному нами дослідженні неускладнені пологи відбулися в 22,85 % випадках, в інших випадках відзначалися ті чи інші ускладнення або аномалії перебігу пологів (несвоєчасне відходження навколоплідної рідини, слабкість та дискоординація пологової діяльності, прогресуюча внутрішньоутробна гіпоксія плода). У 21 % випадків пологи було завершено шляхом кесаревого розтину.

3. Всі вищезгадані обтяжуючі чинники, безперечно, негативно позначалися на стані дитини при народженні та ускладнювали її постнатальну адаптацію. Незважаючи на те, що майже три чверті (77,1 %) всіх обстежених нами дітей при народженні мали оцінку за шкалою Апгар 7-9 балів, у більшості з них у неонатальному періоді мали місце ті чи інші прояви порушення адаптації.

4. Майже в усіх новонароджених були наявні певні ознаки ураження центральної нервової системи, в 11,4 % дітей було діагностовано пологові травми. Після обстеження та відповідної корекції більшість новонароджених була виписана додому в задовільному стані, тоді як 15,2 % пацієнтів потребували подальшого лікування в умовах відділення патології новонароджених.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Майже всі обстежені нами діти зазнали негативного впливу тих чи інших обтяжуючих перинатальних чинників та мали певні особливості антенатального онтогенезу. Майже половина з них при народженні мали дисгармонійний фізичний розвиток. У більшості новонароджених, які народилися з великою масою тіла, мали місце порушення неонатальної адаптації. Все це зумовлює необхідність проведення подальшого катамнестичного спостереження з метою розробки рекомендацій щодо проведення лікарського нагляду даного контингенту дітей на педіатричній дільниці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Фізичний розвиток новонароджених, матері яких мешкають в містах з різним рівнем техногенного навантаження / [Воронов М.В., Петрова С.Г., Осичнюк Л.М., і др.] // Перинатология и педиатрия. – 2007. – №3 (31). – С. 15-17.
2. Капитонов В.Ф. Генетический поход в оценке характеристики роста и развития ребенка / В.Ф. Капитонов // Педиатрия. – 2005. – №3. – С. 58-60.
3. Мизгіна Т.І. Фізичний розвиток дітей, які наро-

дилися від матерів з екстрагенітальною патологією / Т.І. Мизгіна, Л.Ю. Суббота // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2008. – Т. 8, № 3. – С. 23-26.

4. Вплив соціальних та психологічних факторів ризику матерів на стан здоров'я дітей / Пасічник І.П., Малик Н.В., Кривуля І.С. та ін. // Здоровье ребенка. – 2010. – № 4 (25). – С. 39-42.

5. Сербинова О.В. Профессиональные вредности у родителей и состояние здоровья новорожден-

ных и детей раннего возраста / О.В. Сербинова // Материалы научно-практической конференции «Генетика XXI ст.» – Москва, 2006. – С. 64-66.

6. Оцінка медико-біологічних факторів ризику виникнення уроджених вад серцево-судинної системи у дітей / Т.В. Сорокман, Н.І. Підвисоцький,

І.В. Ластівка та ін. // Здоровье ребенка. – 2010. – № 2 (23). – С. 15-18.

7. Яблонь О.С. Фізичний розвиток як критерій нутрієнтно-енергетичної забезпеченості новонароджених з дуже малою масою тіла / О.С. Яблонь // Перинатология и педиатрия. – 2006. – № 4(28). – С. 65-68.

УДК 613.27:616.391:616-084

В.Н. Корзун, Т.О. Воронцова, Т.В. Болехнова, А.В. Деркач
НОВІ МЕТОДИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЙОДОДЕФІЦИТНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ

Інститут гігієни та медичної екології НАМН України, м. Київ

НОВІ МЕТОДИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ. В статті аргументовані нові підходи щодо етіології, профілактики та лікування йододефіцитних захворювань у вагітних, годувальниць та дітей до трьох років. Показано, що споживання йодованої солі, збагаченої йодатом калію, не бажане для цієї категорії населення. Кращим джерелом мікроелементів, у тому числі йоду, є морські водорості.

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ. В статье аргументированы подходы к этиологии, профилактики и лечению йододефицитных заболеваний у беременных, кормящих мам и детей до трёх лет. Показано, что употребление йодированной соли, обогащённой йодатом калия, не желательное для этой категории населения. Лучшим источником микроэлементов, в том числе йода, являются морские водоросли.

NEW METHODS IN PREVENTING AND TREATMENT OF IODINE DEFICIENCY DISEASES IN CHILDREN. The author adducer the new methods of etiology, prevention and treatment of iodine deficiency disorders in pregnant women, nursing mothers and infants. It is shown that the use of iodinat salt, enriched with potassium iodate, is not desirable for this category of population. Seaweed are the best source of iodine.

Ключові слова: зоб, йодована сіль, морські водорості.

Ключевые слова: зоб, йодированная соль, морские водоросли.

Key words: goiter, iodinated salt, seaweed.

ВСТУП. При обстеженні дитячого населення майже в усіх районах України, Білорусі та Росії незалежно від радіаційної обстановки встановлено наявність йодної недостатності від легкої до тяжкої. При цьому напруга ендемічного процесу у різних районах суттєво відрізняється і ця різницю у свою чергу пояснити лише однією йодною недостатністю неможливо [3, 6, 7, 11].

Проблема ліквідації йододефіциту – одна з найактуальніших в охороні здоров'я населення, перш за все, дитячих контингентів. Тому багато міжнародних організацій (Міжнародна рада з контролю за йододефіцитними захворюваннями (ICCID), Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) та ВООЗ) приймають все більш дійові заходи боротьби з йодною недостатністю.

Уряди багатьох країн світу, в тому числі і України, виробили план ліквідації йодної недостатності. По-

становою Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2002 р. №1418 прийнята Державна програма профілактики йодної недостатності, в якій передбачено забезпечення населення йодованою сіллю.

Сьогодні в Україні виготовляють йодовану сіль шляхом внесення (67 ± 22) мг KIO_3 на 1 кг солі, що відповідає (40 ± 15) мг йоду на 1 кг солі. Однак неможливо досягти рівномірного розподілу йоду в солі. Тому не виключений ризик попадання в організм людини високих концентрацій йоду. Незважаючи на забезпечення населення такою сіллю, кількість йододефіцитних захворювань в Україні, як і в Росії, не зменшується [7, 8].

Так, епідеміологічними дослідженнями, проведеними фахівцями Інституту ендокринології та обміну речовин в Київській, Житомирській та Чернігівській областях, встановлено, що захворюваність на ен-