УДК 618.32:616.33-009

О.К. Слєпов[1], Н.І. Грасюкова[2], В.Л. Весельський[3], І.Ю. Гордієнко[1], В.П. Сорока[1], О.П. Пономаренко[1], Г.С. Єрмолова[1], І.С. Палкіна[1], О.В. Маркевич[1]

Частота затримки внутрішньоутробного розвитку плода та її вплив на перебіг і прогноз при гастрошизисі

[1] ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ, Україна
[2] Миколаївська обласна дитяча лікарня, м. Миколаїв, Україна
[3] Національна академія медичних наук України, м. Київ, Україна

Мета — дослідити стан фізичного розвитку новонароджених із гастрошизисом, визначити частоту затримки внутрішньоутробного розвитку, її вплив на розвиток і важкість вісцеро-абдомінальної диспропорції та прогноз лікування цієї вади розвитку.

Пацієнти та методи. Проаналізовано результати обстеження і лікування 30 новонароджених дітей із гастрошизисом у відділенні хірургічної корекції природжених вад розвитку в дітей ДУ «ІПАГ НАМН України» у 2006–2013 рр. Загальний стан таких новонароджених оцінено за шкалою Апгар. Наявність і ступінь затримки внутрішньоутробного розвитку визначено за таблицями Робертона Н.К.Р., 1998. Достовірність впливу такої затримки на розвиток вісцеро-абдомінальної диспропорції при гастрошизисі і прогноз хірургічної корекції цієї вади встановлено методом кутового перетворення Фішера.

Результати. Серед новонароджених із гастрошизисом затримка внутрішньоутробного розвитку діагностувалася в 56,7% випадків. Асиметрична (гіпотрофічна) форма затримки внутрішньоутробного розвитку спостерігалася в 52,9% випадків, симетрична — в 47,1%.

Висновки. Затримка внутрішньоутробного розвитку достовірно впливає на частоту розвитку вісцеро-абдомінальної диспропорції при гастрошизисі, але не впливає на ступінь цієї диспропорції. Прогноз при гастрошизисі не залежить від наявності або відсутності затримки внутрішньоутробного розвитку.

Ключові слова: новонароджені діти, гастрошизис, затримка внутрішньоутробного розвитку, фізичний розвиток.

Вступ

Природжені вади розвитку (ПВР) у сучасних умовах мають тенденцію до зростання і посідають одне з перших місць у структурі перинатальної та малюкової смертності, а також інвалідності в Україні. Це негативно впливає на демографічну ситуацію в країні [5]. Серед ПВР чільне місце займає гастрошизис (ГШ) — одна з найтяжчих і високо летальних вад розвитку в новонароджених [1, 2, 18]. ГШ являє собою природжену внутрішньоутробну евентерацію органів черевної порожнини за межі передньої черевної стінки (ПЧС) в амніотичну рідину через наскрізний дефект ПЧС [2, 12, 18].

Розрізняють ГШ простий, при якому вада ізольована, і складний, або ускладнений, у випадках наявності асоційованої(их) вади (вад) розвитку або набутої внутрішньоутробно патології [11]. Крім того, ГШ поділяють залежно від відсутності або наявності вісцеро-абдомінальної диспропорції (ВАД): помірної чи вираженої [6].

Частота ГШ за останнє десятиріччя збільшилась більш ніж у 10 разів і на сьогодні становить 0,31–4,72 випадку на 10 тис. новонароджених [13, 14, 16]. Причому частота ГШ є найвищою в малолітніх матерів [17]. Якщо вік матері менший 20 років, порівняно з іншими віковими групами, то ризик народження дитини з ГШ збільшується в 7 разів [16].

Смертність при ГШ в усьому світі залишається дотепер високою, коливається в дуже широких межах — 4–100%, залежно від регіону. Так, у країнах Євросоюзу, США, Японії рівень смертності при ГШ становить 4–17%, у Східній Європі — 6,7–50,0%, у країнах Африки — 57–100% [3, 4, 9, 12, 13, 18]. Мертвонароджуваність при ГШ сягає рівня 10% [12].

Більшість випадків ГШ на сьогодні діагностується при планових пренатальних ультразвукових дослідженнях достовірно з 14-го тижня гестації [10]. При цьому в плода з ГШ досить часто виявляється затримка внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР), яка може супроводжуватись помірним або значним маловоддям [10]. При визначенні прогностичної цінності різних пренатальних факторів ризику в таких новонароджених ЗВУР визначається як єдиний істотний предиктор, що впливає на прогноз [10]. При цьому ЗВУР, за даними деяких дослідників, впливає на прогноз в 30–70% випадків [8, 19]. Причини ЗВУР плода при ГШ залишаються невідомими, хоча існує гіпотеза, пов'язана з недостатністю надходження поживних речовин або/і вторинною втратою білка з відкритих евентрованих внутрішніх органів [15].

У літературі немає робіт, присвячених вивченню стану фізичного розвитку новонароджених із ГШ у постнатальному періоді, зокрема, проявам і частоті ЗВУР, її впливу на розвиток і важкість ВАД, на прогноз лікування цієї вади.

Мета роботи — дослідити стан фізичного розвитку новонароджених із ГШ, визначити в них частоту ЗВУР, її вплив на розвиток і ступінь ВАД, прогноз цієї вади.

Матеріали та методи дослідження

У відділенні хірургічної корекції ПВР у дітей ДУ «ІПАГ НАМН України» у 2006–2013 рр. спостерігали 30 новонароджених дітей із ГШ. Термін гестації дітей при народженні становив 33–41 тиждень, у середньому — 36,9±0,3 тижня. Доношених було 13 (43,3%), недоношених — 17 (56,7%). Маса тіла варіювала в межах 1830–4020 г, у середньому — 2570,7±107,5 г. Дівчаток і хлопчиків було по 15 (по 50,0%). Простий (ізольований) ГШ виявлено в 19 (63,3%) випадках, ускладнений — в 11 (36,7%). Причому в 6 (20,0%) дітей ГШ був асоційованим із множинними

Таблиця 1

Показники фізичного розвитку немовлят та їхнього стану при народженні

№ пор.	Термін гестації (тижні)	Вік матері (роки)	Маса тіла (г)	Зріст (см)	Окр. голови (см)	Окр. грудей (см)	Оцінка за шкалою Апгар		Стать
							1 хв	5 хв	
1.	41	16	2700	50	33	34	3	4	дівч.
2.	35	25	2900	49	32	31	6	6	хлоп.
3.	37	24	2240	46	34	32	7	7	дівч.
4.	38	20	2500	48	34	30	5	6	дівч.
5.	37	22	2360	46	33	32	4	4	дівч.
6.	37	24	2560	47	34	31	6	6	хлоп.
7.	35	29	2320	46	31	30	5	5	хлоп.
8.	38	24	3700	51	36	35	2	4	хлоп.
9.	38	21	2340	49	31	30	5	5	дівч.
10.	38	24	3400	53	35	34	5	6	дівч.
11.	38	19	2590	49	33	31	2	3	хлоп.
12.	37	19	2600	48	33	32	2	3	дівч.
13.	39	18	3280	50	34	33	5	6	дівч.
14.	36	27	2070	46	31	28	1	2	дівч.
15.	38	19	4020	52	35	36	5	6	хлоп.
16.	38	20	2480	45	31	29	6	6	хлоп.
17.	37	21	2450	47	33	31	4	4	дівч.
18.	37	20	2400	47	32	31	5	5	хлоп.
19.	38	21	2320	46	32	27	5	5	дівч.
20.	33	20	2140	44	32	29	6	6	дівч.
21.	36	20	2100	44	29	23	4	4	хлоп.
22.	37	22	2100	44	30	28	5	5	хлоп.
23.	37	23	3100	51	36	35	6	6	хлоп.
24.	37	18	1950	47	32	26	2	3	дівч.
25.	38	28	2800	52	34	32	6	6	дівч.
26.	35	20	1830	40	32	28	5	5	хлоп.
27.	36	18	2100	44	31	29	3	4	хлоп.
28.	34	17	2000	45	33	29	1	2	дівч.
29.	37	29	3900	54	36	36	5	6	хлоп.
30.	35	36	1870	40	30	28	2	2	хлоп.
Усього ±m	36,9± ±0,28	22,1± ±0,79	2570,7± ±107,54	47,3± ±0,63	32,8± ±0,34	30,7± ±0,56	4,3± ±0,31	4,7± ±0,26	15/15

природженими вадами розвитку (МПВР). ВАД діагностовано у 27 (90,0%) новонароджених із ГШ: помірну — у 20 (66,7%), виражену — у 7 (23,3%). Вік матерів варіював у межах 16–36 років, у середньому — 22,1±0,8 року, причому 14 (46,7%) жінок були віком 16–20 років. Більшість (73,3%, n=22) новонароджених із ГШ народились від I вагітності, а меншість (26,7%, n=8) — від II до VIII. Перебіг вагітності у 25 (83,3%) жінок був ускладненим: загрозою переривання — у 9 (36,0%), екстрагенітальними захворюваннями матері — у 5 (20,0%), інфекціями — у 7 (28,0%) (вірусними: ГРВІ, TORCH (n=5) або бактеріальною (n=2)), фетоплацентарною недостатністю — у 4 (16,0%), анемією — у 2 (8,0%). У 3 (10,0%) жінок родорозрішення відбулось природним шляхом, у 27 (90,0%) — за допомогою кесаревого розтину. Усім пацієнтам проведено хірургічну корекцію вади. Загальний стан новонароджених із ГШ оцінено за шкалою Апгар. Оцінку фізичного розвитку дітей із ГШ проведено шляхом визначення їх маси тіла при народженні, довжини тіла, окружності (периметру) голови і грудей. Важливість цих параметрів обумовлена визначенням гіпотрофічного варіанту ЗВУР (або її асиметричної форми) та гіпопластичного варіанту (або симетричної форми ЗВУР) [7]. Наявність і ступінь ЗВУР визначено за таблицями Робертона Н.К.Р., 1998. Достовірність впливу ЗВУР на розвиток ВАД при ГШ і прогноз хірургічної корекції цієї вади встановлено методом кутового перетворення Фішера.

Результати дослідження та їх обговорення

Загальний стан усіх 30 (100%) новонароджених із ГШ оцінено як важкий. У 100% випадків виявлено асфіксію різного ступеня важкості: тяжку — у 12 (40,0%) новонароджених, помірну — у 18 (60,0%). Оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині варіювала в межах 1–7 балів, у середньому — 4,3±0,3 балу, і через 5 хв. значно не підвищилась, 2–7 балів, у середньому — 4,7±0,26 балу, що підкреслило важкість стану дітей (табл. 1). У 5 (16,7%) немовлят діагностовано аспірацію дихальних шляхів навколоплідними водами. На тлі ГШ у них виявлено вегетативні порушення у вигляді лабільності серцевого ритму та дихання, порушення периферійної гемодинаміки (мармуровість шкірних покривів) і терморегуляції, а також рухові порушення з пониженням м'язового тонусу. Важкий дистрес плода і дитини при народженні обумовлений, за нашими даними, тим, що більшість немовлят із ГШ народились достроково — 17 (56,7%), мали клінічні ознаки ЗВУР різного ступеня важкості — 17 (56,7%), а їхні матері мали низький рівень соматичного та репродуктивного здоров'я: суттєві ускладнення вагітності — 25 (83,3%), інфекційні захворювання — 7 (28,0%), екстрагенітальну патологію — 5 (20,0%), і більшість з яких носили хронічний довготривалий характер. Причому 14 (46,7%) матерів мали вік 16–20 років (табл. 1).

На основі аналізу показників фізичного розвитку новонароджених із ГШ залежно від терміну гестації та їх статі виявлено, що ЗВУР спостерігалися в більшості досліджуваних пацієнтів — 17 (56,7%). Причому у 8 (47,1%) цих немовлят була симетрична форма ЗВУР і в 9 (50,9%) — асиметрична (табл. 2).

Дефіцит маси і довжини тіла (при симетричній формі) і тільки маси — (при асиметричній) нижче 10 цен-

Таблиця 2

Частота затримки внутрішньоутробного розвитку плода і його взаємозв'язок із вісцеро-абдомінальною диспропорцією та прогнози при гастрошизисі

№ пор.	Доношеність	Наявність та ступінь ЗВУР	Форма ЗВУР	Наявність та ступінь ВАД	Прогноз ГШ
1.	донош.	I ст.	асиметр.	помірна	вижив
2.	недонош.	немає	-	помірна	вижив
3.	недонош.	I ст.	симетр.	помірна	помер
4.	донош.	I ст.	асиметр.	помірна	вижив
5.	недонош.	I ст.	асиметр.	помірна	вижив
6.	недонош.	немає	-	помірна	вижив
7.	недонош.	немає	-	помірна	вижив
8.	донош.	немає	-	відсутня	вижив
9.	донош.	I ст.	асиметр.	помірна	вижив
10.	донош.	немає	-	відсутня	вижив
11.	донош.	I ст.	асиметр.	виражена	помер
12.	недонош.	немає	-	помірна	вижив
13.	донош.	немає	-	помірна	вижив
14.	недонош.	I ст.	асиметр.	помірна	вижив
15.	донош.	немає	-	відсутня	вижив
16.	донош.	I ст.	симетр.	виражена	помер
17.	донош.	I ст.	асиметр.	виражена	помер
18.	недонош.	I ст.	асиметр.	виражена	вижив
19.	донош.	I ст.	симетр.	помірна	помер
20.	недонош.	немає	-	виражена	помер
21.	недонош.	I ст.	симетр.	виражена	вижив
22.	донош.	II ст.	симетр.	виражена	вижив
23.	недонош.	немає	-	помірна	вижив
24.	недонош.	II ст.	асиметр.	помірна	вижив
25.	донош.	немає	-	помірна	вижив
26.	недонош.	II ст.	симетр.	помірна	вижив
27.	недонош.	I ст.	симетр.	помірна	вижив
28.	недонош.	немає	-	помірна	вижив
29.	недонош.	немає	-	помірна	вижив
30.	недонош.	II ст.	симетр.	помірна	вижив

таля [7] відмічався в немовлят від матерів, які мали екстрагенітальні захворювання та інфекційні ускладнення з I триместру вагітності. Відмічались суттєві акушерська, гінекологічна та соматична патології, інфекційні захворювання. Можна припустити, що ці патологічні стани приводять до тривалої та глибокої гіпоксії плоду. А це знижує ферментативну активність і спричиняє затримку розвитку плода. Крім того, на нашу думку, на розвиток ЗВУР впливає і сам характер вади розвитку, при якому має місце пролонговане знаходження евентрованих органів черевної порожнини в амніотичній рідині.

Нами проаналізовано частоту ЗВУР у немовлят із ГШ від матерів віком до 20 років і старших із метою визначення впливу віку матері на частоту ЗВУР. Затримку розвитку плода виявлено у 9 (52,9%) випадків від матерів віком до 20 років і у 8 (47,1%) старших за цей вік, при $p>0,05$. Таким чином, вік матері, за нашими даними, не впливав на частоту ЗВУР у немовлят із ГШ.

В усіх 17 дітей зі ЗВУР частота ВАД була 100%. У дітей, які не мали ЗВУР, частота ВАД була достовірно меншою — у 10 (76,9%) випадків, при $p<0,01$. Таким чином, ЗВУР у дітей із ГШ достовірно впливав на частоту ВАД при цій патології.

Для визначення впливу ЗВУР на ступінь ВАД нами проаналізовано частоту помірної та вираженої ВАД у дітей зі ЗВУР і без нього. Помірна ступінь ВАД при наявності ЗВУР була у 9 (52,9%) серед 17 дітей зі ЗВУР. Така ж ступінь ВАД у немовлят без ЗВУР була у 9 (90,0%) із 10 випадків пацієнтів цієї групи. Достовірної різниці між цими показниками не виявлено. Таким чином, наявність ЗВУР не впливала на частоту помірного ступеня ВАД при ГШ, $p=0,6$ ($p>0,05$).

Виражена ступінь ВАД при наявності ЗВУР була у 6 (35,3%) серед 17 пацієнтів зі ЗВУР. Аналогічний ступінь ВАД у дітей без ЗВУР була в 1 (10,0%) випадку серед 10 немовлят цієї групи. Достовірної різниці між цими показниками не виявлено, $p=0,5$ ($p>0,05$). Таким чином, наявність ЗВУР не впливала на частоту вираженого ступеня ВАД. З вищевикладеного можна зробити висновок, що наявність ЗВУР не впливала на ступінь ВАД.

З метою дослідження впливу ЗВУР на прогноз ГШ проаналізовано частоту незадовільних результатів хірургічного лікування ГШ серед пацієнтів зі ЗВУР і без нього. Показано, що частота незадовільного прогнозу (смерті) серед 17 немовлят зі ЗВУР була в 5 (29,4%) випадках, тоді як серед 13 дітей без ЗВУР — в 1 (7,8%) випадку. Проте достовірної різниці між цими показниками не встановлено, $p=0,6$($p>0,05$). Таким чином, можна зробити висновок, що наявність ЗВУР не впливала на прогноз хірургічного лікування ГШ.

Висновки

Серед новонароджених із гастрошизисом ЗВУР діагностувалася в 56,7% випадків. Асиметрична (гіпотрофічна) форма ЗВУР спостерігалася в 52,9% випадків, симетрична — в 47,1%.

ЗВУР достовірно впливала на частоту розвитку ВАД при ГШ, але не впливала на ступінь ВАД.

Прогноз при ГШ не залежав від наявності або відсутності ЗВУР.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бисалиев Б.Н. Оптимизация лечения гастрошизиса: дис. ... к.мед.н.: спец: 14.01.19; Бауржан Нурниязович Бисалиев. — М., 2011. — 120 с.
2. Методы диагностики и лечения гастрошизиса и омфалоцеле у детей (обзор литературы) / С.В. Веселый, В.Н. Грона, В.П. Перунский [и др.] // Перинатология и педиатрия. — 2006. — № 3. — С. 137—143.
3. Перунский В.П. Повышение ефективности хирургического лечения детей с гастрошизисом и омфалоцеле: дис. ... к.мед.н. / В.П. Перунский. — Донецьк, 2008. — 149 с.
4. Плохих Д.А. Хирургическое лечение гастрошизиса с висцероабдоминальной дистпропорцией: автореф. дис. ... к.мед.н. / Д.А. Плохих. — Кемерово, 2007. — 22 с.
5. Проблеми дитячої смертності в Україні / Н.Г. Гойда, Р.О. Моісеєнко, О.Г. Сулима [та ін.] // Охорона здоров'я України. — 2002. — № 2. — С. 50—56.
6. Фофанов О.Д. Лікування новонароджених та дітей раннього віку з вродженою обструктивною патологією травного тракту: автореф. дис. ... д.мед.н. / О.Д. Фофанов. — Вінниця, 2011. — 36 с.
7. Шабалов Н.П. Неонатология / Н.П. Шабалов. — М.: Медпресс-информ, 2006. — Т. I., гл. 3. — С. 88—108.
8. Aminiotic fluid and intrauterine growth restriction in a gastroschisis fetal rat model / A.R. Franchi-Teixeira, B.M. Weber Guimar?es, B. Nogueira [et al.] // Fetal. Diagn. Ther. — 2001. — Vol. 36. — P. 366—367.
9. Bianchi A. Elective delayed midgut reduction — No anesthesia for gastroschisis: Selection and conversion criteria / A. Bianchi, A.P. Dickson, N.K. Alizai // J. Pediatr. Surg. — 2002. — Vol. 37, № 9. — P. 1334—1336.
10. Estimation of fetal weight in fetuses with abdominal wall defects: comparison of 2 recent sonographic formulas to the Hadlock formula / S. Nicholas, M.G. Tuuli, J. Dicke [et al.] // J. Ultrasound Med. — 2010. — Vol. 29. — P. 1069—1074.
11. Gastroschisis: a plea for risk categorization / K.A. Molik, C.A. Giangalewski, J.L. Grosfeld [et al.] // J. Pediatr. Surg. — 2001. — Vol. 36. — P. 51—55.
12. Holland A. Gastroschisis: an update / A.J.A. Holland, K. Walker, N. Badawi // Pediatr. Sur. Int. — 2004. — Vol. 26. — P. 871—878.
13. Increasing risk of gastroschisis in Norway: an age-period-cohort analysis / M. Kazaura, R. Lie, L. Irgens [et al.] // Am. J. Epidemiol. — 2004. — Vol. 159, № 4. — P. 358—363.
14. Islam S. Clinical care outcomes in abdominal wall defects / S. Islam // Curr. Opin. Pediatr. — 2008. — Vol. 20. — P. 305—310.
15. Japaraj R.P. Gastroschisis: can prenatal sonography predict neonatal outcome? / R.P. Japaraj, R. Hockey, F.Y. Chan // Ultrtasound Obstet. Gynecol. — 2003. — Vol. 21. — P. 329—333.
16. Loane M. Increasing prevalence of gastroschisis in Europe 1980—2002: a phenomenon restricted to younger mothers? / M. Loane, H. Dolk, I. Bradbury // Pediatr. Perinat. Epidemiol. — 2007. — Vol. 21. — P. 363—369.
17. Rising incidence of gastroschisis and exomphalos in New Zealand / V. Srivastava, P. Mandhana, K. Pringle [et al.] // J. Pediat. Surg. — 2009. — Vol. 44. — P. 551—555.
18. Sekabira J. Gastroschisis: a third world perspective / J. Sekabira, G.P. Hadley // Pediatr. Surg. Int. — 2009. — Vol. 25. — P. 327—329.
19. The significance of intrauterine growth restriction is different from prematurity for the outcome of infants with gastroschisis / P.S. Puligandla, A. Janvier, H. Flageole [et al.] // J. Pediatr. Surg. — 2001. — Vol. 36. — P. 366—367.

Частота задержки внутриутробного развития плода и его влияние на течение и прогноз при гастрошизисе

А.К. Слепов[1], Н.И. Грасюкова[2], В.Л. Весельский[3], И.Ю. Гордиенко[1], В.П. Сорока[1], А.П. Пономаренко[1], Г.С. Ермолова[1], И.С. Палкина[1], Е.В. Маркевич[1]

[1] ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

[2] Николаевская областная детская больница, г. Николаев, Украина

[3] Национальная академия медицинских наук Украины, г. Киев, Украина

Цель — исследовать состояние физического развития новорожденных с гастрошизисом, определить частоту задержки внутриутробного развития у этих новорожденных, ее влияние на развитие и тяжесть висцеро-абдоминальной диспропорции и прогноз лечения этого порока развития.

Пациенты и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 30 новорожденных детей с гастрошизисом в отделении хирургической коррекции врожденных пороков развития у детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины» в 2006–2013 гг. Общее состояние таких детей оценено по шкале Апгар. Наличие и степень задержки внутриутробного развития определено по таблицам Робертона Н.К.Р., 1998. Достоверность влияния такой задержки на развитие висцеро-абдоминальной диспропорции при гастрошизисе и прогноз хирургической коррекции этого порока установлено методом углового преобразования Фишера.

Результаты. Среди новорожденных с гастрошизисом задержка внутриутробного развития диагностировалась в 56,7% случаев. Ассиметрическая (гипотрофическая) форма задержка внутриутробного развития наблюдалась в 52,9% случаев, симметрическая — в 47,1%.

Выводы. Задержка внутриутробного развития достоверно влияет на частоту развития висцеро-абдоминальной диспропорции при гастрошизисе, но не влияет на степень этой диспропорции. Прогноз при гастрошизисе не зависит от наявности или отсутствия задержки внутриутробного развития.

Ключевые слова: новорожденные дети, гастрошизис, задержка внутриутробного развития, физическое развитие.

The frequency of intrauterine growth retardation and its impact on the course and prognosis of gastroschisis

O.K. Slepov[1], N.I. Grasyukova[2], V.L. Veselsky[3], I.Yu. Gordiyenko, V.P. Soroka[1], O.P. Ponomarenko[1], G.S. Yermolova[1], I.S. Palkina[1], O.V. Markevych[1]

[1]SE «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology», NAMS of Ukraine», Kiev, Ukraine

[2]Nikolayevskaya regional children hospital, Nikolayev, Ukraine

[3]The National Academy of Medical Sciences, Kiev, Ukraine

Purpose — to investigate the physical development among the newborns with gastroschisis, to determine the growth retardation frequency of the intrauterine among them, its influence on viscero-abdominal disproportion development and treat forecasting this malformation.

Patients and methods: it was analyzed the research results and the treatment among 30 newborns with gastroschisis in the surgical correction department of the congenital malformations among children SE «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology» during 2006–2013 years. The general condition of

these children rated with Apgar scale. The presence and the intrauterine degree of the retardation growth were defined according to Roberton N.K.R. tables, 1998. The accuracy influence of this delay on the viscero-abdominal disproportion development with gastroschisis and the surging correction forecast of this deformity were set with the angular transformation Fishers method.

Results: among the newborns with gastroschisis it was diagnosed the intrauterine growth retardation in 56,7% cases. The asymmetric (hypotrophic) form of the intrauterine growth retardation was observed in 52,9% cases and the symmetric — in 47,1% cases.

Conclusion: The intrauterine growth retardation has an influence on incidence of the viscero-abdominal disproportion with gastroschisis but hasn't an influence on its disproportions. The forecasting with gastroschisis hasn't depend on the the presence or an absence of the intrauterine growth retardation.

Key words: newborn babies, gastroschisis, intrauterine growth retardation, physical development.

Сведения об авторах:

Слепов Алексей Константинович — д.мед.н., Засл. врач Украины, науч. руководитель отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины»; тел. +38 (044) 483-62-28.
Грасюкова Наталья Ивановна — детский хирург Областной детской клинической больницы г. Николаев. Тел. +38 050-684-55-73.
Весельский Виктор Леонидович — к.м.н., помощник президента НАМН Украины. Тел. +38 (044) 483-77-48.
Гордиенко Ирина Юрьевна — д.мед.н., проф., науч. руководитель отделения медицины плода ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Тел. +38 (044) 483-92-39.
Сорока Василий Петрович — к.мед.н, вед. н.с. отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины»; тел. +38 (044) 483-62-28.
Пономаренко Алексей Петрович — к.мед.н., м.н.с. отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины»; тел. +38 (044) 483-62-28; e-mail: eney@bigmir.net.
Ермолова Галина Семеновна — к.мед.н., науч. сотр. отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Тел. +38 (044)4836228.
Палкина Ирина Сергеевна — к.мед.н., детский хирург-эндоскопист отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Тел. +38 (044) 4836228.
Маркевич Елена Валентиновна — детский анестезиолог отделения хирургической коррекции врожденных пороков развития детей ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Тел. +38 (044) 4836228.

Статья поступила в редакцию 14.03.2014 г.

XVI СІДЕЛЬНИКОВСЬКІ ЧИТАННЯ

Шановні колеги!

Відповідно до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій і наукових семінарів, які проводитимуться у 2014 році», що затверджений МОЗ України та НАМН України, 23–25 вересня 2014 року у м. Запоріжжя відбудеться XVI щорічна Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковські читання).

На конференції будуть розглянуті сучасні проблеми догляду за здоровою дитиною та її вигодовування, проблеми діагностики, лікування та профілактики поширених захворювань дитячого віку.

У межах роботи XVI Сідельниковських читань відбудеться науково-методична нарада з актуальних питань викладання педіатрії у вищих медичних навчальних закладах.

Заявки на участь (автори, назва доповіді, установа, місто, прізвище доповідача, телефон, поштова та електронна адреса) просимо надсилати на адресу: 02660, м. Київ, проспект Алішера Навої, 3, Київська міська дитяча клінічна лікарня №2, завідувачу кафедри педіатрії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, члену-кореспонденту НАМН України, професору Волосовцю Олександру Петровичу **до 30 травня 2014 р.** або на електронну адресу ***krivopustov@voliacable.com***

До участі у Всеукраїнській конференції запрошуються педіатри, лікарі зі спеціальностей «загальна практика — сімейна медицина», «дитяча кардіоревматологія», організатори охорони здоров'я, завідувачі та співробітники кафедр педіатрії та кафедр сімейної медицини вищих медичних навчальних закладів III–IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти, науковці профільних науково-дослідних установ МОЗ та НАМН України.

Іногородніх учасників конференції просимо заздалегідь потурбуватися про місце проживання у м. Запоріжжя та квитки на проїзд.

Сайт конференції:
http://conference-sidelnikov.org.ua

З повагою, Оргкомітет