

Organization". М., 1992. Russian (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.12.1992 г. № 318 «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения». М., 1992).

9. The order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of 25.08.2008 No. 443 "About the plan of measures of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation for 2008–2012 on transition of subjects of the Russian Federation to modern technologies of nursing of the children who were born in terms of pregnancy of 22 weeks and more and/or with low and extremely low body weight according to the criteria of registration of births recommended by World Health Organization". М., 2008. Russian (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.08.2008 г. № 443 «О плане мероприятий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на 2008–2012 годы по переходу субъектов Российской Федерации на современные технологии выхаживания детей, родившихся в сроки беременности 22 недели и более и/или с низкой и экстремально низкой массой тела, в соответствии с

критериями регистрации рождений, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения». М., 2008).

10. The order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of 27.12.2011 No. 1687-N "About medical criteria of the birth, a form of the document on the birth and an order of its delivery". М., 2011. Russian (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 г. № 1687-н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи». М., 2011).

11. Mitchell AJ, Green A, Jeffs DA, Roberson PK. Physiologic effects of prematurity screening examination. *Adv Neonat Care* 2011; 11 (4): 291–297.

12. Federal clinical recommendations about diagnostics, monitoring and treatment of an active phase of a retinopathy of the prematurely born. М.: Interregional public organization "Association of Ophthalmologists", 2013. Российские Федеральные клинические рекомендации по диагностике, мониторингу и лечению активной фазы ретинопатии недоношенных. М.: Межрегиональная общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов», 2013).

УДК 616-053.2–053.32–056.57:612.08]–036.8 (045)

Оригинальная статья

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

О.С. Панина – ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, доцент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, кандидат медицинских наук; **Ю.В. Черненко** – ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и неонатологии, профессор, доктор медицинских наук; **Д.Б. Лаврова** – ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, кандидат медицинских наук; **Н.А. Беляева** – ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии.

RESULTS OF LONG-TERM FOLLOW-UP OF CHILDREN WITH LOW BIRTH WEIGHT

O.S. Panina – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Hospital Pediatrics and Neonatology, Assistant, Candidate of Medical Science; **Yu.V. Chernenkov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of the Department of Hospital Pediatrics and Neonatology, Professor, Doctor of Medical Science; **D. B. Lavrova** – Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Hospital, Polyclinic Pediatrics and Neonatology, Assistant, Candidate of Medical Science; **N.A. Belyaeva** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Hospital Pediatrics and Neonatology, Assistant.

Дата поступления – 3.09.2014 г.

Дата принятия в печать — 28.11.2014 г.

Панина О.С., Черненко Ю.В., Лаврова Д.Б., Беляева Н.А. Результаты длительного наблюдения детей с низкой массой тела при рождении. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2014; 10(4): 691–693.

Цель: длительное катамнестическое наблюдение за детьми с низкой массой тела при рождении. **Материал и методы.** В исследовании участвовали 115 недоношенных детей с рождения до 7 лет. Гестационный возраст детей 30–35 недель, масса тела при рождении менее 2500 г. Все дети прошли всестороннее клинико-лабораторное, инструментальное и психологическое обследование в возрасте от 0 до 7 лет. Опрос родителей осуществлялся путем анкетирования. **Результаты.** Задержка развития затрагивает все стороны психики, обнаруживается с первых месяцев жизни и проявляется в медленном темпе усвоения нового и особенностях психологических взаимоотношений с внешним миром в виде негативных ответов на воздействие сенсорных стимулов, нарушения поведения, трудностей социальной адаптации. **Заключение.** Дети с низкой массой тела при рождении составляют группу наиболее высокого риска как инвалидизирующей патологии, так и стойких неинвалидизирующих расстройств. Этот контингент детей нуждается в более ранней и комплексной реабилитации и в то же время в крайне осторожном прогнозе относительно их дальнейшего развития.

Ключевые слова: недоношенные дети, низкая масса при рождении.

Panina OS, Chernenkov YuV, Lavrova DB, Belyaeva NA. Results of longterm follow-up of children with low birth weight. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2014; 10(4): 691–693.

The purpose of our research is a long-term follow up study of children with low birth weight. **Materials and methods.** 115 premature children from 0 to 7 years old took part in the research process. The children gestational age was 30–35 weeks and their birth weight was less than 2500 g. All children had thorough clinical and laboratory, instrumental and psychological examination up to the age of seven. Their parents took part in questionnaire survey. **Results.** Development of all aspects of mentality is retarded and such retardation can be observed in the first months of life as slow learning of new things and peculiarities of psychological interrelations with the world around in the form of negative response to the influence of sensory stimuli, behavioral disorders and difficulties in social adaptation. **Conclusion.** Children with low birth weight are included into the high-risk group of disabling abnormalities and persistent non-disabling disorders. These children need early comprehensive rehabilitation and, at the same time, extremely careful prognosis of their further development.

Key words: premature children, low birth weight.

Введение. Неонатология как один из разделов педиатрии в последние десятилетия переживает поистине революционные преобразования. Благодаря развитию технологий реанимации и интенсивной терапии, оптимизации перинатальной помощи улучшились показатели выхаживания недоношенных детей, в том числе с очень низкой массой при рождении. Вместе с тем у таких детей очень высок риск ряда осложнений, как ранних, так и отсроченных, требующих долгосрочной терапии и реабилитации [1, 2].

Поражения нервной системы, связанные с перинатальным периодом, имеют медико-социальную значимость, составляя до 70% детской инвалидности и нарушений социальной адаптации детей и подростков. Особенно велик риск тяжелых перинатальных поражений мозга у недоношенных детей [3, 4]. Так, если в целом в популяции новорожденных частота интранатальной асфиксии колеблется от 0,5 до 12%, то у крайне незрелых недоношенных младенцев она составляет почти 100%.

Соотношение биологического и социального факторов определяет пути восстановительной помощи, которая должна быть организована в виде комплексного воздействия как на саму органическую природу болезни, так и на ее социальную составляющую [1, 2, 4]. У детей, родившихся значительно ранее положенного срока, в силу тяжелых сочетанных нарушений здоровья отмечают различные клинические формы психического дизонтогенеза.

Задержка развития затрагивает все стороны психики, обнаруживается с первых месяцев жизни и проявляется в медленном темпе усвоения нового и особенностях психологических взаимоотношений с внешним миром в виде негативных ответов на воздействие сенсорных стимулов, нарушения поведения, трудностей социальной адаптации [1, 5].

Цель: длительное катamnестическое наблюдение за детьми с низкой массой тела при рождении.

Материал и методы. Сотрудниками кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии проведены многолетние катamnестические наблюдения за 115 недоношенными детьми с рождения до 7 лет. Гестационный возраст всех детей 30-35 недель, масса тела при рождении менее 2500 г. Все дети прошли всестороннее клиничко-лабораторное, инструментальное и психологическое обследование в возрасте от 0 до 7 лет. Опрос родителей осуществлялся путем анкетирования. Статистическая обработка данных заключалась в расчете процентного представительства изученного параметра.

Результаты. У всех обследуемых недоношенных новорожденных в неонатальном периоде выявлены клинические признаки перинатального поражения ЦНС. Доминировали следующие неврологические синдромы: синдром угнетения в 57,4% случаев, синдром двигательных нарушений в 62,6% случаев, синдром гипервозбудимости отмечался у 45,2% детей, судорожный синдром отмечен у 20% детей.

Неонатальный период был осложнен респираторным дистресс-синдромом в 71,3% случаев, внутриутробной пневмонией в 45,2%, внутрижелудочковым кровоизлиянием I-III степени в 55,6% случаев, церебральной ишемией II-III степени в 97,39% случаев, кардиомиопатией у 62,6% детей, функционирующий артериальный проток зафиксирован в 37,4%

случаев, геморрагический синдром имелся у 13% новорожденных недоношенных младенцев. При клинико-лабораторной оценке в 1-й месяц жизни (скорректированный возраст (СВ)) диапазону «патология» соответствовало 67,8% детей, из них 60% составляли дети с массой тела при рождении менее 1500 г, диапазону «транзиторные состояния» – 32,2% детей. Ни один ребенок не соответствовал норме. Формирующаяся хроническая патология в виде бронхолегочной дисплазии (БЛД), ретинопатия недоношенного ребенка (РН) отмечалась в 22 и 22,5% случаев соответственно. В первый месяц жизни на естественном вскармливании находились 42,6% детей, до 3 месяцев на грудном вскармливании были 14,5% детей, до 6 месяцев 11,4%, до 8 месяцев 5,6%.

После первого месяца 25% детей имели задержку физического развития, гипотрофию (менее 10-го перцентиля) по отношению к постконцептуальному возрасту.

На первом году жизни все дети находились под наблюдением невролога. По показаниям проходили курсы реабилитации (ноотропы, сосудистые препараты, витамины группы В, массаж, физиолечение и др.).

Одна из существенных проблем, с которой столкнулись родители и врачи на первом году жизни, – это нарушение сна, что выражалось в беспричинном плаче, капризности, трудности засыпания, беспокойном сне. Нарушения ночного сна на первом году жизни зарегистрированы у 49,5% детей, нарушения ночного и дневного сна – у 34,2% детей. По данным анкетирования родителей, спокойная психологическая обстановка в семье была у 59% опрошенных, кратковременные ссоры и конфликты происходили в 32% семей.

В первые 3 года жизни у 24,3% детей отмечались проявления атопического дерматита. Более 28% детей были отнесены в группу часто болеющих детей (заболевания 4 и более раз в течение года). Если на первом году жизни основными проблемами со стороны желудочно-кишечного тракта у наблюдаемых детей являлись кишечные колики, синдром рвоты и срыгивания (до 6 месяцев СВ) и запоры (согласно римским критериям III (2006), Консенсусу 2013 «Диагностика и лечение функциональных запоров у детей» запором считается не только задержка стула, но и изменение консистенции и характера стула («овечий» кал, стул «большого» диаметра), болезненный, сопровождающийся натууживанием акт дефекации), то в дошкольном и младшем школьном возрасте отмечалась периодическая болезненность и тяжесть в эпигастральной области, болезненность при пальпации в правом подреберье. В анкетах 95% родителей отмечалось, что боли у детей, как правило, возникали на фоне стрессовых ситуаций, погрешностей в диете.

Трудности в общении «родитель – ребенок» присутствовали в 22,7% семей, что выражалось в грубости ребенка, неохоте ходить в школу, в невыполнении поручений родителей и домашних заданий. Двое детей были признаны психологом не готовыми к обучению в первом классе (в том числе отсутствовала мотивация на обучение) и оставлены в детском саду (пошли в школу с 8 лет).

При опросе детей жаловались на быструю утомляемость, частые головные боли 64,5% (31,2% мальчиков и 33,3% девочек). Головные боли впервые были замечены в дошкольном возрасте или с началом обучения в школе. Боли часто связаны с пере-

утомлением, сменой погоды, конфликтами. У 60% детей головные боли отмечались более двух раз в неделю и носили давящий характер, по типу обруча, чаще во второй половине дня.

У 12% детей наблюдались тики и навязчивые движения психогенного характера в течение нескольких лет. Данные симптомы наиболее часто фиксировались в неблагополучных семьях, в семьях, где родители уделяли ребенку мало времени.

Ночным недержанием мочи страдали 25,2% детей (5,2% девочек и 20% мальчиков). Неврозоподобная форма отмечалась у 98% этих детей. Три мальчика и одна девочка страдали невротической формой, проявления которой начались после явной стрессовой ситуации.

Длительная субфебрильная температура тела без катаральных явлений выявлена у 15% обследуемых детей (10% девочек и 5% мальчиков). Субфебрилитет сохранялся после перенесенных острых респираторных инфекций. По продолжительности субфебрилитет регистрировали от нескольких месяцев до нескольких лет. У большей части детей при тщательном сборе анамнеза выявлялась стрессовая ситуация «вокруг болезни»: смена школы, низкая оценка, трудный материал, эмоциональный фактор, как положительный, так и отрицательный.

Обсуждение. Высокая частота перинатальных поражений ЦНС в анамнезе детей с психосоматическими заболеваниями указывает на ведущую роль этого фактора если не в патогенезе, то в этиологии данного класса заболеваний. Можно предположить, что нарушение интегрирующей роли нервной системы (особенно ее вегетативных отделов) вследствие перинатальных поражений и составляют основу, которая определяет системный характер психосоматической патологии, делает ребенка уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняет психологическую и биологическую защиту.

На этапе поступления ребенка в школу большое значение приобретают такие характеристики развития, как волевая регуляция поведения, мотивация, целеустремленность, настойчивость в достижении цели, способность следовать правилам и пластично

реагировать на изменяющиеся условия. Именно поэтому в обследование 7-летних детей, кроме логопеда и педагога-психолога (дефектолога), включается и детский психолог.

В дошкольном и школьном возрасте профилактические осмотры проводят на основании приказа МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. № 1336н. В период раннего, дошкольного и школьного детства ребенок, родившийся с низкой массой тела, должен пройти в общей сложности 17 профилактических осмотров.

Заключение. Дети с низкой массой тела при рождении составляют группу наиболее высокого риска как инвалидизирующей патологии, так и стойких неинвалидизирующих расстройств. Этот контингент детей нуждается в более ранней и комплексной реабилитации и в то же время в крайне осторожном прогнозе относительно их дальнейшего развития.

Конфликт интересов. Коммерческой заинтересованности отдельных физических или юридических лиц в результатах работы нет. Описание объектов патентного или другого вида прав (кроме авторского) отсутствует.

References (Литература)

1. Development of the psychological capacities of premature children with special pedagogic means. In: Principles of the stages of premature children. Moscow: Pediatr; 2013; 198-204. Russian (Развитие психологического потенциала глубоконедоношенных детей специальными педагогическими средствами. В кн.: Принципы этапного выхаживания недоношенных детей. М.: ПедиатрЪ, 2013; 198-204).
2. Šilko VI, Zelentsova VL, Popova NP. Rehabilitation experience of preterm infants with perinatal brain lesions. Ross Journal of perinatology and Pediatrics 2003; 2: 43-47. Russian (Шилко В.И., Зеленцова В.Л., Попова Н.П. Опыт реабилитации недоношенных детей с перинатальным поражением мозга. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии 2003; 2: 43-47).
3. Scholle S, Witeside L, Keileher K, et al. Health status of preterm low-birth-weight infants. Arch Pediatr Adolesc Med 2013; 149(12): 1351-1357.
4. La Pine TR, Jackson JC, Bennett FC: Outcome of infants weighing less than 800 grams at birth: 15 years' experience. Pediatrics 1995; 96, 479-483.
5. Picuch PE, Leonard CH, Cooper BA, Sehring SA. Pediatrics 1997; 100: 633-640.