

ВОЗМОЖНОСТИ СЛУЖБЫ КАТАМНЕЗА И РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

А. В. Симченко

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

Ключевые слова: недоношенные дети, раннее вмешательство, катamnестическое наблюдение.

Введение

Изучение состояния здоровья недоношенных детей первого года жизни (особенно родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела), является крайне важным, так как именно среди этого контингента детей высоки показатели младенческой смертности и инвалидизации в раннем возрасте. В течение последних десяти лет в РБ наблюдается рост удельного числа детей, которые родились в сроке гестации 22–27 недель до 3,6%. Это обусловлено усовершенствованием перинатальной помощи и новейшими медицинскими технологиями. Ежегодно отмечается рост рождаемости и выживаемости недоношенных детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении. Отмечено существенное увеличение числа детей, родившихся с массой тела от 500 до 999 г до 0,28%. Зафиксирован рост числа детей, родившихся живыми с массой 1000–1499 г до 0,60%.

Результаты и обсуждение

Первичная медицинская профилактика инвалидности у недоношенных детей основывается на разработке новых технологий оказания медицинской помощи детям, родившимся раньше срока, персонализированном подходе к ведению беременности женщин группы риска по преждевременным родам.

Результаты многочисленных научных исследований показывают, что у детей, рожденных преждевременно, чаще диагностируются когнитивные и поведенческие нарушения. Когнитивные нарушения прослеживаются в различных возрастных группах недоношенных детей. Задержка психического развития у недоношенных детей выражается значительным снижением уровня интеллекта в сочетании с огра-

ничением адаптивных сфер поведения (коммуникабельность, самообслуживание, бытовое обеспечение, безопасность, способность к обучению, трудовые навыки) [1]. Недоношенные дети составляют группу риска по формированию задержки моторного и психоречевого развития, что диктует необходимость динамического наблюдения для своевременного выявления и коррекции неврологического дефицита. Раннее вмешательство представляет собой форму оказания медицинской помощи с целью снижения инвалидности недоношенных детей и детей, имеющих риски нарушений развития вследствие патологии нервной системы.

Заключение

Недоношенность любой степени выраженности влияет на когнитивные способности детей, являясь одним из факторов риска задержки речевого развития.

Возможности ЦРБ – своевременное выявление нарушений развития, оказание ранней помощи, раннего начала педагогической и логопедической коррекции у недоношенных детей.

Психологические процессы, сопровождающие адаптацию родителей к особым потребностям недоношенного ребенка, являются фокусом социально-психологической работы с семьей в программах раннего вмешательства.

Список литературы

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Каркашадзе Г.А. Новые нейробиологические подходы к профилактике и лечению перинатальных поражений ЦНС. – М.: Российская академия наук; 2017. - 106 с.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЕ СТРАТЕГИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КРУПНОВЕСНЫМ И МАЛОВЕСНЫМ ПРИ РОЖДЕНИИ ДЕТАМ

В. А. Прилуцкая

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Введение

Масса тела (МТ) при рождении является фактором, во многом определяющим здоровье при рождении и в дальнейшей жизни. Как экспериментальные, так и крупные популяционные исследования показали, что дети, рожденные крупновесными и маловесными, испытывают сложности при адаптации и имеют повышенный риск неблагоприятных последствий.

Цель исследования – разработка персонализированных алгоритмов прогнозирования и диагностики состояния здоровья крупновесных и маловесных детей в динамике раннего возраста, программы профилактики нарушений.

Материалы и методы

Обследовано 408 новорожденных с различной МТ при рождении, с последующим катamnестиче-

ским наблюдением в течение 2 лет. Основная группа 1–141 крупновесный к сроку гестации новорожденный, группа 2–132 маловесных новорожденных. Группа сравнения – 135 нормовесных детей. Проведен анализ анамнестических данных, клинико-лабораторных параметров, прямых и производных антропометрических показателей. Особое внимание уделено оценке динамики МТ и ИМТ (Δ Z-score более/менее 0,67), грудного вскармливания, введения прикормов.

Результаты

Составлены алгоритмы прогнозирования осложненного течения раннего неонатального периода и последовательности действий у крупновесных и маловесных новорожденных. Разработаны высокоинформативные прогностические модели для расчета ожидаемой МТ у детей раннего возраста, рожденных маловесными ($R=0,64$, $R^2=0,44$, $F=23,71$; $p<0,001$) и крупновесными к сроку гестации ($R=0,79$, $R^2=0,63$, $F=54,91$; $p<0,001$). Установлены значимые предикторы избыточной МТ и ожирения у двухлетних детей, рожденных крупновесными: Z-score МТ при рождении более 1,82, Z-score МТ в 12 месяцев более 1,92, введение первого прикорма ранее 5 месяца. Разработанная модель прогнозирования избыточной

МТ и ожирения, онлайн калькулятор характеризуются хорошей прогностической точностью (80,9% (95% ДИ 72,4–89,5)). Наиболее значимыми факторами, ассоциированными с избыточной МТ и ожирением у двухлетних детей, рожденных маловесными, являются ИМТ матери 25,0 кг/м² и более, Z-score МТ в 3 месяца более -0,20, грудное вскармливание менее 1 месяца. Разработанная многофакторная модель, онлайн калькулятор характеризуются высокой точностью (84,6% (95% ДИ 74,7–94,5)). Предикторы замедленного догоняющего роста с сохранением легкой недостаточности питания у исходно маловесных детей – Δ Z-score МТ за 3 месяца, грудное вскармливание менее 3 месяцев. Модель и онлайн калькулятор прогнозирования замедленного догоняющего роста высоко информативны (AUC 0,826 (95% ДИ 0,709–0,943), $p<0,001$).

Заключение

Диагностика и мониторинг предикторов осложненного течения раннего неонатального периода, отклонений траекторий догоняющего роста у крупновесных и маловесных при рождении детей позволяют выделять группы высокого риска с персонализированными алгоритмами наблюдения и программами профилактики нарушений физического развития и метаболического дисбаланса.

О КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Д. В. Харитонов

ГУЗ «Тульская детская областная клиническая больница», РФ

Введение

Учет конституциональных особенностей для подбора индивидуального ведения детей с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и/или двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) имеет большое значение.

Цель: изучить некоторые конституциональные особенности достижения неполной клинко-эндоскопической ремиссии у детей.

Материалы и методы

Нами было обследовано 174 ребенка в возрасте 12–17 лет с ЯБЖ и/или ЯБДПК. Всем обследованным проводилась фиброзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС) при поступлении, на 12-е, 21-е, по показаниям – на 30-е или 45-е сутки от момента начала стандартной этиопатогенетической терапии. У всех больных проводились тесты на выявление хеликобактер пилори (Hр), которые в 100% случаев подтвердили наличие носительства данной инфекции у детей. Всем пациентам определялась конституциональная принадлежность с помощью определения индекса Пинье.

Результаты и выводы

Как было установлено, наиболее часто ЯБЖ и/или ЯБДПК страдали дети-астеники (52,9%) по сравне-

нию с нормостениками (31,03%) или гиперстениками (16,07%).

Достижение неполной клинко-эндоскопической ремиссии на фоне проводившейся стандартной терапии удавалось быстрее всего у больных с ЯБЖ с астеническим типом конституции (на 21-е сутки – у 95,8% пациентов-астеников, на 30-е сутки – у 100%). Несколько медленнее это достигалось у детей с нормостеническим соматотипом (на 21-е сутки – у 86,7%, на 30-е сутки от начала лечения – у 100% больных). Более медленное, затяжное достижение неполной клинко-эндоскопической ремиссии определялось у гиперстеников (на 21-е сутки от начала стандартной терапии – у 41,7% детей с данным соматотипом, на 30-е сутки – у 83,3%, и только на 45-е сутки – у 100% пациентов). Аналогичная закономерность наблюдалась и у детей с ЯБДПК и при сочетании ЯБЖ с ЯБДПК.