

задньої стулок Мт-клапана. Використання розроблених прогностичних таблиць з вірогідністю помилки  $\leq 5\%$  дозволяла прогнозувати розвиток НМК у дітей з ревматичним ендоміокардитом при ГРЛ та у дітей з ІЕ.

Висновки. Таким чином, використання розроблених діагностичних і прогностичних критеріїв полегшувало комплексну оцінку наявності імовірного розвитку недостатності клапанів серця у хворих дітей з ревматичним та інфекційним ендокардитом, що сприяло підвищенню якості первинної діагностики, визначенню прогнозу захворювання та дозволяло призначати адекватну індивідуальну терапію.

### **ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ З ДУЖЕ МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА**

*Похилько В.І., Цвіренко С.М., Чернявська Ю.І., Артёмова Н.С.,  
Козакевич В.К., Фесенко М.Є.*

Українська медична стоматологічна академія, Полтава  
Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією

Вступ. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я в рамках ініціативи «Кожна жінка, Кожна Дитина» вважає, що пріоритетним напрямком інвестування в охорону здоров'я є інвестування в здоров'я новонароджених. Зі зростанням рівнів виживання глибоко недоношених дітей, відсоток дітей з тяжкими захворюваннями (інвалідність з дитинства – дитячий церебральний параліч, сліпота, сенсоневральна туговухість, розумова відсталість) збільшується та становить від 12 до 32 %. Порушення фізичного розвитку, психічні розлади та інвалідність з дитинства, в свою чергу, призводять до збільшення витрат на реабілітацію та соціальну адаптацію.

Метою роботи є оптимізація катамнестичного та медичного спостереження за дітьми з вагою менше за 1500 г при народженні на підставі вивчення їх захворюваності, фізичного та нервово-психічного розвитку упродовж перших трьох років життя, а також ідентифікації значимих медико-соціальних та клінічних факторів ризику.

Матеріали і методи їх виконання. У дослідження включено 178 дітей, які народились з вагою менше за 1500 г в пологових стаціонарах м. Полтава. У всіх дітей оцінювали фізичний та нервово-психічний розвиток у 6, 12, 18, 24 та 36 місяців, як хронологічного, так і скорегованого віку (СВ). Оцінювання фізичного розвитку (маса тіла, зріст, обвід голови та обвід грудної клітки) проводили у 6, 12, 18,

24 та 36 місяців СВ у відповідності шкал Fenton T.R. та Наказу МОЗ України від 20.03.2008 р № 149 «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років». Нормальний постнатальний фізичний розвиток (ПФР) визначали за кривими росту, маси тіла, окружності голови, які знаходилися в межах від 10 до 90 перцентилі, помірну затримку ПФР – при знаходженні вказаних показників в межах 3-9 перцентилі, а значну затримку ПФР – при знаходженні вказаних показників менше за 3 перцентиль. Оцінювання статокінетичного розвитку (СКР), психоемоційного розвитку (ПЕР) та мовленнєвого розвитку (МР) проводили у 6, 12, 18, 24 та 36 місяців згідно вище вказаного Наказу МОЗ України.

Отримані результати. Оцінювання ПФР обстежених дітей показало, що за час їх лікування у стаціонарі достовірно підвищилася кількість дітей з масою тіла <10 перцентилі (з 16,9 % до 33,1 %,  $p=0,0004$ ) за рахунок достовірного збільшення частки немовлят з масою в межах 4-10 перцентилі (9,0 % проти 23,0 %,  $p=0,004$ ) на тлі сталих значень кількості дітей з масою тіла <3 перцентилі (7,9 % та 10,1 %,  $p=0,458$ ). У 6 місяців частка дітей, які мають масу менше за 10 перцентилі, підвищилася до 50,0 % ( $p=0,0013$ ) за рахунок категорії немовлят, які мали масу тіла <3 перцентилі (з 10,1 % до 20,2 %,  $p=0,008$ ). Упродовж 6-12 місяців життя частка дітей з масою тіла менше за 10 перцентилі дещо зменшилась, але все ж таки залишалася високою і в 24, і в 36 місяців, становила майже 30 %. Тобто частки дітей з затримкою ПФР при виписці зі стаціонару та у два роки життя були майже однаковими (33,1 % та 31,0 %). Що стосується МР, то кількість дітей з його затримкою у 24 місяці хронологічного віку становила 44,1 %, а у 24 місяці скорегованого – 30,9 %. У 36 місяців частки дітей з затримкою МР зменшилися (відповідно  $p=0,001$  та  $p=0,058$ ), але залишалися високими – 24,7 % та 22,8 % дітей.

Дослідження впливу поліморфізму генів сімейства глутатіон-S-трансфераз на значну затримку ПФР передчасно народжених дітей виявило наявність достовірного зв'язку між домінантною моделлю (GG+AG vs. AA) *GSTP1* гену та значною затримкою ПФР (ВШ 4,2 [95 % ДІ 0,85-413,4];  $p=0,044$ ) та відсутність такого впливу при наявності інших генетичних моделей досліджуваних генів.

Таким чином, дослідження показало, що основними групами факторів, що найбільше впливають на затримку розвитку обстежених дітей, є: по-перше, особливості виходжування передчасно народжених дітей на госпітальному етапі: тривалість ШВЛ, тривалість повного або часткового парентерального харчування, штучне вигодовування та маса тіла дитини при виписці, що зумовлює потребу запровадження у

відділенні інтенсивної терапії новонароджених сучасних технологій виходжування дітей, спрямованих на їх розвиток. По-друге, це важливість підтримки жінок для забезпечення тривалого грудного вигодовування упродовж першого року життя, так як саме штучне вигодовування збільшує шанси дитини мати порушення розвитку. По-третє, це соціально-економічний статус родини (низький рівень матеріального забезпечення, незадовільні житлові умови та неповна родина), що вимагає розробки та впровадження механізмів мотивації батьків до залучення їх дітей до служб катamnестичного спостереження та тісної співпраці з мультидисциплінарною командою фахівців.

Висновки. З'ясовано, що у 24 місяці скорегованого віку затримку статокінетичного розвитку мають 14,5 % дітей, затримку психоемоційного розвитку – 22,5 % дітей та мовленнєвого розвитку – 30,9 % дітей. Після корекції конфаундінгів з'ясувалося, що на затримку:

– статокінетичного розвитку достовірно впливають: низький рівень матеріального забезпечення родини (ВШ 6,74,  $p=0,005$ ), важкі ВШК (ВШ 11,85,  $p=0,000$ ), анемія на 2-му році життя (ВШ 4,37,  $p=0,057$ ), значна затримка фізичного розвитку у 6 місяців життя;

– психоемоційного розвитку – виховання дитини у неповній родині (ВШ 2,45,  $p=0,025$ ), вага при виписці <3 перцентилі (ВШ 4,45,  $p=0,016$ ), важкі ВШК (ВШ 5,52,  $p=0,001$ ) та штучне вигодовування (ВШ 2,09,  $p=0,048$ );

– мовленнєвого розвитку – вид праці матері, а саме робітниця (ВШ 2,36,  $p=0,046$ ), важкі ВШК (ВШ 5,66;  $p=0,005$ ), анемія на першому році життя (ВШ 2,5,  $p=0,047$ ) та значна затримка фізичного розвитку у 6 місяців (ВШ 4,57 [95 % ДІ 1,86-11,26],  $p=0,001$ ).

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭХО-КАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

*Прилуцкая В.А.<sup>1</sup>, Павловец М.В.<sup>1</sup>, Скрипленок Т.Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»

1-я кафедра детских болезней

<sup>2</sup> ГУ РНПЦ «Мать и дитя»

Минск, Республика Беларусь

Введение: В современном мире наблюдается рост женщин фертильного возраста с сахарным диабетом (СД). СД 1 типа у матери оказывает наиболее неблагоприятное влияние на течение