

УДК 616-053.32-071

https://doi.org/10.33619/2414-2948/50/08

## НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

- ©Жумалиева Э. К., Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызстан
- ©Фуртикова А. Б., канд. мед. наук, Национальный центр охраны материнства и детства,  
г. Бишкек, Кыргызстан
- ©Вычигжанина Н. В., Кыргызская государственная медицинская академия  
им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан, akhunbaev@kgma.kg
- ©Кондратьева Е. И., канд. техн. наук, Киргизско-Российский славянский университет,  
г. Бишкек, Кыргызстан, medinfo@krsu.edu.kg

## DISORDERS OF SOCIAL ADAPTATION OF NEWBORNS WITH VERY LOW AND EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT

- ©Zhumalievа E., National Center for Maternal and Child Welfare, Bishkek, Kyrgyzstan
- ©Furtikova A., M.D., National Center for Maternal and Child Welfare, Bishkek, Kyrgyzstan
- ©Vychigzhanina N., Kyrgyz State Medical Academy named after  
I. K. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyzstan, akhunbaev@kgma.kg
- ©Kondratieva E., Ph.D., Kyrgyz-Russian Slavic University,  
Bishkek, Kyrgyzstan, medinfo@krsu.edu.kg

*Аннотация.* В статье рассматриваются нарушения у детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Под наблюдением находилось 253 детей из различных регионов Киргизской Республики с 2010 по 2015 гг. Используются общепринятые лабораторные методы исследования. Инструментальное обследование включало ультразвуковое исследование мозга в двух проекциях. Проводилось ультразвуковое исследование сердца, а также исследовались легкие путем рентгенографии, органы брюшной полости путем ультразвукового исследования. При необходимости проводилась ядерная магниторезонансная томография (МРТ) головного мозга в фазе физиологического или медикаментозного сна. Всем детям был проведен аудиоскрининг. По ранней диагностике определяли эффективность лечебных мероприятий.

*Abstract.* Disorders in children born with very low body weight and extremely low body weight are considered. Under supervision were 253 children from various regions of the Kyrgyz Republic from 2010 to 2015. Used generally accepted laboratory research methods. Instrumental examination included ultrasound examination of the brain in two projections. An ultrasound examination of the heart was carried out, as well as lungs were examined by x-ray, abdominal organs by ultrasound. If necessary, nuclear magnetic resonance imaging (MRI) of the brain was performed in the phase of physiological or drug sleep. All children underwent audio screening. By early diagnosis, the effectiveness of therapeutic measures was determined.

*Ключевые слова:* новорожденные, ОНМТ, ЭНМТ, социальная адаптация, ДЦП, преждевременные роды, нарушение слуха и речи.

*Keywords:* newborns, ONMT, ENMT, social adaptation, cerebral palsy, premature birth, hearing and speech impairment.

Преждевременные роды являются очень серьезной проблемой современной медицины, поскольку связаны с высоким риском перинатальной заболеваемости и смертности [1].

В мире ежегодно происходит около 12,9 млн преждевременных родов, частота которых в разных странах колеблется от 5% до 18% и не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные исследования в области репродуктивной физиологии и для профилактики и лечения угрозы прерывания беременности [2, 3].

В зависимости от сроков гестации частота преждевременных родов распределяется следующим образом: доля родов на сроках гестации менее 28 недель составляет около 5%, на сроках 28-31 неделя — 15%, на сроках 32-33 недели — 20% и на 34-37 неделях — 60-70% [4, 5].

На протяжении последних 15-20 лет, как в Кыргызстане, так и в зарубежных странах значительно вырос интерес к проблеме выхаживания новорожденных детей, родившихся при сроке гестации 22-32 недели с очень низкой массой тела и с экстремально низкой массой тела [8]. Переход на новые критерии живорождения обусловил разработку новых нормативно-правовых документов постановлением Правительства КР от 03. 12. 2003 г №748 «О внесении изменений в национальную статистику в связи с переходом на новые критерии живорождения, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения», приказ МЗ КР от 19.12.2003 г №562 «О внедрении в Киргизской Республике критериев живорождения, рекомендованных ВОЗ», приказ МЗ КР от 03. 02. 2004 г. во всех родовспомогательных учреждениях Республики внедрена принятая в международной практике новая система учета и статистики, в частности, учет, регистрация и выхаживание всех родившихся живыми и мертвыми в сроке гестации 22 недели и более, с массой тела при рождении — 500 г и более, длиной тела 25 см и более. Был изменен и подход к определению критериев жива и мертворождения: вместо одного критерия живорождения (дыхание) стали применять 4 признака: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольное сокращение мускулатуры.

Недоношенные новорожденные являются объектом пристального внимания не только здравоохранения, но и правительства т.к. составляют группу высокого риска по частоте заболеваемости и смертности детского населения страны [1].

Известно, что наиболее высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности наблюдаются в группе детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении [6-8].

В структуре ранней неонатальной смертности на долю недоношенных детей приходится 60–70% потерь. В структуре детской заболеваемости недоношенные дети обуславливают до 50% неврологической патологии, в том числе детского церебрального паралича, нарушений зрения и слуха, а также хронических заболеваний легких [10].

В возрастной структуре младенческой смертности республики более двух третей (74%) приходится на детей, умерших в неонатальном периоде (0-27 дней), из них 87-89% смертей происходит в раннем неонатальном периоде (0-6 дней). Основной причиной смерти детей по данным РМИЦ за 2016 г. являются перинатальные причины: состояния, связанные с незрелостью плода (36,4%), асфиксия (24,1%), врожденные пороки развития (11,4%).

Высокий удельный вес в структуре ранней неонатальной смертности новорожденных с массой тела 1500,0 и выше (43,9%). Рост числа умерших новорожденных с массой тела 1500,0 г и выше указывает на то, что погибают жизнеспособные дети, которым не оказывается необходимая медицинская помощь, или уровень этой помощи является очень низким [11].

Инструментом по выявлению проблем и определению пакета вмешательств по снижению младенческой смертности является матрица *Bebies*, которая показывает, что причинами внутриутробной и ранней неонатальной гибели новорожденных с чрезвычайно малой массой тела (500,0-999,0 г) является состояние здоровья женщин репродуктивного возраста до беременности и во время беременности [12]

Предотвращение рождения недоношенных является основным условием снижения заболеваемости и смертности младенцев в первые годы жизни. Преждевременные роды являются одной из самых значимых проблем современного здравоохранения. По данным развитых странах, перешедших на критерии ВОЗ более 30 лет назад, среди детей с массой тела до 500 г выживают 10-12%, от 500 г до 749 г — 50%, от 750 г до 1000 г — около 80-85% [10, 11].

Среди новорожденных при сроке гестации 23 недели до момента выписки из стационара выживают от 0% до 15% детей, и только 2% из них не имеют тяжелых поражений центральной нервной системы и других форм грубой патологии [12].

Выживаемость коррелирует с гестационным возрастом (11,6 % — среди детей с массой тела <500 г, 50,7% — с массой тела 500-749 г, 83,9% — с массой 750-1000 г). Среди умерших на первом году жизни детей недоношенные составляют 55-65%, в основном за счет детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела [9].

Что касается здоровых среди детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, то их число не превышает 10-25%, а процент тяжелых неврологических отклонений (инвалидность с детства — детский церебральный паралич, слепота, глухота, умственная отсталость) составляет от 12% до 32% [13].

Частота неблагоприятных исходов среди выживших детей, родившихся с массой до 500-750 г, достигает 40-50%, повышаясь до 70-90% при рождении детей с массой свыше 1000 г. [14, 15].

В числе причин детской инвалидности преобладают болезни нервной системы и органов чувств — более 30%, психические расстройства составляют 12%, болезни органов дыхания — 7% [5, 7].

*Цель исследования:* изучить исходы глубокой недоношенности в аспекте выживаемости, инвалидности, социальной адаптации недоношенных с ОНМТ и ЭНМТ в сравнительном аспекте.

#### *Материалы и методы исследования*

Исследование проводилось в Национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМид) с 2009-2015 гг., в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПНД), дальнейшее наблюдение проходило в отделении патологии перинатального периода (ОППП).

Объектом исследования явились новорожденные, родившиеся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, контрольной группой были дети, рожденные в срок.

Критерии включения в группу исследования недоношенные дети, рожденные с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), рожденные в Национальном центре охране материнства и детства с 2010–2015 гг.

Критерием исключения из исследуемой группы:

1. генетические заболевания и врожденные пороки развития;
2. дети, погибшие в неонатальном или младенческом периоде;
3. дети с хирургической патологией.

Под наблюдением было 253 ребенка из различных регионов Киргизской Республики, которые были рождены с ОНМТ и ЭНМТ.

Были использованы общепринятые лабораторные методы исследования: клинический анализ крови; общий анализ мочи, биохимический анализ крови: общий белок, глюкоза, билирубин, фракции билирубина, электролиты крови – калий, натрий, кальций общий.

Инструментальное обследование включало ультразвуковое исследование мозга - нейросонографию (НСГ) в двух проекциях. Фронтальное и сагиттальное сканирование проводилось через большой родничок, аксилярное сканирование – через височные отделы. Так же проводилось ультразвуковое исследование сердца: эхокардиография (Эхо-КГ). Исследовались легкие путем рентгенографии, органы брюшной полости путем ультразвукового исследования. При необходимости проводилась ядерная магниторезонансная томография (МРТ) головного мозга в фазе физиологического или медикаментозного сна. Всем детям проведен аудиоскрининг.

Статистическая обработка полученных данных проведена в операционной среде Windows 7 с использованием лицензионной программы STATISTICA 16.0.

При представлении результатов статистического анализа учитывали рекомендации по использованию статистических методов в медико-биологических исследованиях.

#### Результаты исследования

Из г. Бишкек были под наблюдением 12 детей, из них 6(50,0%) женского пола и 6(50,0%) мужского пола. При катamnестическом наблюдении у 4(66,7%) девочек имело место ДЦП легкой степени, а у 2(33,3%) — ДЦП тяжелой степени.

У 5(83,3%) мальчиков имело место ДЦП тяжелой степени, а у 1(16,7%) — легкой степени.

У 3(50,0%) мальчиков клинический диагноз ДЦП был выставлен в месячном возрасте неврологом по месту жительства, а у 3 (50,0%) данный диагноз был выставлен в возрасте от 2 до 3 летнего возраста.

Как видно из Рисунка 1, при наблюдении детей в равной степени по 1 (16,7%) младенцу женского, и мужского имели место диплегию. Левосторонняя гемиплегия имело место только у 1(16,7%) ребенка женского пола. А правосторонняя гемиплегия встречалась одинаково часто — по 1(16,7%) пациенту у женского, и мужского пола.

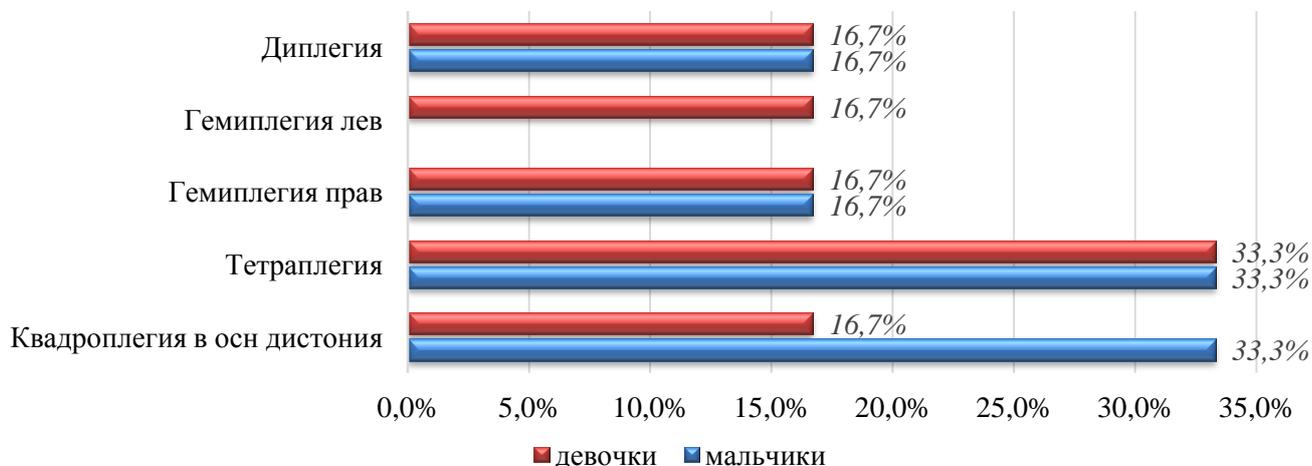


Рисунок 1. Неврологические симптомы у обследованной категории детей из г Бишкек при анамнестическом наблюдении

Тетраплегия была верифицирована у 2(33,3%) мальчиков и 2(39,3%) девочек.

Квадроплегия, в виде дистонии имела место у 2(33,3%) мальчиков, и у 1(16,7%), девочки.

При наблюдении недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ нарушения речи были обнаружены у 5(83,3%) девочек и у 2(33,3%) мальчиков.

Нарушения слуха были выяснены у 3(50,0%) девочек и у 2(33,3%) мальчиков.

Косоглазие было верифицировано у 5(83,3%) пациентов женского и у 2(33,3%) больных мужского пола.

Вышеописанные клинические диагнозы были верифицированы до 1 месячного возраста у 3(50,0%) детей мужского пола, и в возрасте от 2 до 3 летнего возраста — у 3(50,0%).

Среди пациентов женского клинический диагноз был выставлен в возрасте от 1 месяца до 1 года у 4(66,7%) и у 2(33,3%) в возрасте от 1 года до 2 лет.

Из Жалал-Абадской области находились под наблюдением 22 ребенка, из них 12(54,6%) мальчиков и 10(45,4%) девочек.

ДЦП легкой и средней степени тяжести был диагностирован у 2(16,7%) мальчиков, а тяжелой степени у 8(66,7%) мальчиков.

У 3(30,0%) девочек было диагностировано ДЦП средней степени тяжести, у 7(70,0%) больных — ДЦП тяжелой степени.

Сопутствующие неврологические симптомы у пациентов из Жалал-Абадской области в виде квадроплегии в основном дистонического типа имели место у 3(25,0%) мальчиков и у 4(40,0%) девочек, а квадроплегия по типу гипотонии была только у пациентов мужского пола 2(16,7%).

Гиперкинез был верифицирован у 1(8,3%) мальчиков и у 3(30,0%) девочек.

Гемиплегия правосторонняя встречалась у 3(25,0%) и диплегия у 3(25,0%) пациентов мужского пола.

А у больных женского пола гемиплегия справа была диагностирована у 1(10,0%) и диплегия у 2(20,0%).



Рисунок 2. Частота выявления эпилепсии у недоношенных из Жалал-Абадской области

Как видно из Рисунка 2, течение 1 года диагноз эпилепсия было диагностировано у 6(50,0%) больных мужского пола и у 8(80,0%) детей женского пола. Через 5 лет при катamnестическом наблюдении у 1(8,3%) пациента мужского пола была диагностирована эпилепсия.

При наблюдении у данной категории больных из Жалал-Абадской области косоглазие было установлено у 9(75,0%) мальчиков и у 6(60,0%) девочек. А нарушения слуха имели место у 6(50,0%) мальчиков и у 6(60,0%) девочек, а нарушения речи было у 7(58,3%) мальчиков и у 7(70,0%) пациентов женского пола.

Вышеописанные клинические диагнозы у данной категории больных были выставлены от рождения до 1 месяца у 2(16,7%) мальчиков, а от 1 месяца до 1 года у 2(16,7%) мальчиков и у 1(10,0%) девочки.

От 1 года до 2 лет диагноз был верифицирован у 2(16,7%) мальчиков и у 4(40,0%) девочек.

От 2 лет до 3 лет — у 4(33,3%) мальчиков и у 2(20,0%) девочек.

С 3 до 4 летнего возраста диагноз был выставлен у 2(20,0%) девочек и в возрасте от 4 до 5 лет — у 3(25,0%) мальчиков.

Из Иссык-Кульской области были под наблюдением 56 детей из них 29 девочек и 27 мальчиков.



Рисунок 3. Распределение больных из Иссык-Кульской области в зависимости от степени тяжести ДЦП

Как видно из Рисунка 3, легкая степень детского церебрального паралича была диагностирована у 18(66,7%) мальчиков и у 18(62,1%) девочек.

Средняя степень ДЦП была верифицирована у 4(14,8%) мальчиков и у 4(13,8%) девочек, а тяжелая степень была диагностирована у 5(18,5%) пациентов мужского и у 7(24,1%) больных женского пола.

Из сопутствующих симптомов со стороны нервной системы у пациентов из Иссык-Кульской области у 7 (25,9%) мальчиков и у 2 (6,9%) девочек имела место квадролегия в виде атетоза.

Квадролегия в основном гипотония у была выявлена 8(29,6%) мальчиков и у 1(3,4%) девочки был выставлен.

Тетралегия имела место у 1(3,4%) девочки и диплегия — у 4(13,8%) пациентов женского пола.

Атаксия имела место у 1(3,7%) мальчика и у 2(6,9%) девочек.

Левосторонняя гемиплегия была верифицирована у 1(3,7%) больного мужского пола и у 2(6,9%) пациенток женского пола.

Дистония имела место у 3(11,1%) у мальчиков и у 5(17,2%) девочек.

Гипотония была верифицирована у 6(22,2%) мальчиков и у 4(13,8%) девочек.

Спинномозговая грыжа была диагностирована у 2(6,9%) и ЗПР у 7(24,1%) пациенток женского пола.

Как видно из Рисунка 3, у пациентов из Иссык-Кульской области эпилепсия была диагностирована у 13(48,2%) мальчиков и у 12(41,4%) девочек.

Через 5 лет после постановки клинического диагноза и проведенного лечения у 12(44,4%) мальчиков и у 8(27,6%) девочек диагноз был снят.

При катамнестическом наблюдении у 16(59,3%) мальчиков и у 18(62,1%) девочек имело место косоглазие. Нарушения слуха отмечали у 21(77,8%) мальчика и у 25(86,2%) девочек.

Нарушение речи было у 18(66,7%) пациентов мужского пола и у 23(79,3%) пациенток женского пола.

Таким образом, вышеописанные клинические диагнозы были выставлены в возрасте от рождения и до 1 месячного возраста у 4(14,8%) мальчиков и у 3(10,3%) девочек.

В возрасте от 1 месяца до 1 года диагнозы были — у 5(18,5%) мальчиков и у 6(20,7%) девочек, а в возрастном промежутке от 1 года до 2 лет нарушения были диагностированы у 3(11,1%) пациентов мужского пола и у 2(6,9%) больных женского пола.

В возрастном периоде от 2 до 3 лет диагнозы были выставлены у 8(29,6%) мальчика и у 8(27,6%) девочек.

Позже 5 лет диагноз был верифицирован у 1(3,7%) мальчиков и у 1(3,5%) девочек.

Из Нарынской области под наблюдением находились 20 детей, 13(65,0%) мальчиков и 7(35,0%) девочек.

Легкой степени ДЦП был диагностирован у 4(30,8%) мальчиков и у 5(71,4%) девочек.

Средняя степень тяжести ДЦП была верифицирована у 5(38,5%) мальчиков и у 1(14,3%) девочек, тяжелая степень диагностирована у 4(30,8%) мальчиков и у 1(14,3%) девочки при катамнестическом наблюдении в течение 3 -5 лет.

Как видно из Рисунка 4, из сопутствующих неврологических симптомов парализация встречалась у 3(23,1%) мальчиков, гиперкинез имел место у 1(7,7%) больного мужского пола, гемиплегия слева отмечалась у 2(15,4%) пациентов.

Гемиплегия справа выявлена у 1(7,7%) и квадролегия в основном гипотония имела место у 1(7,7%) мальчика и квадролегия в основном дистония — у 3(23,1%).

У 3(42,9%) девочек была диплегия и у 4(57,1%) — гиперкинез.

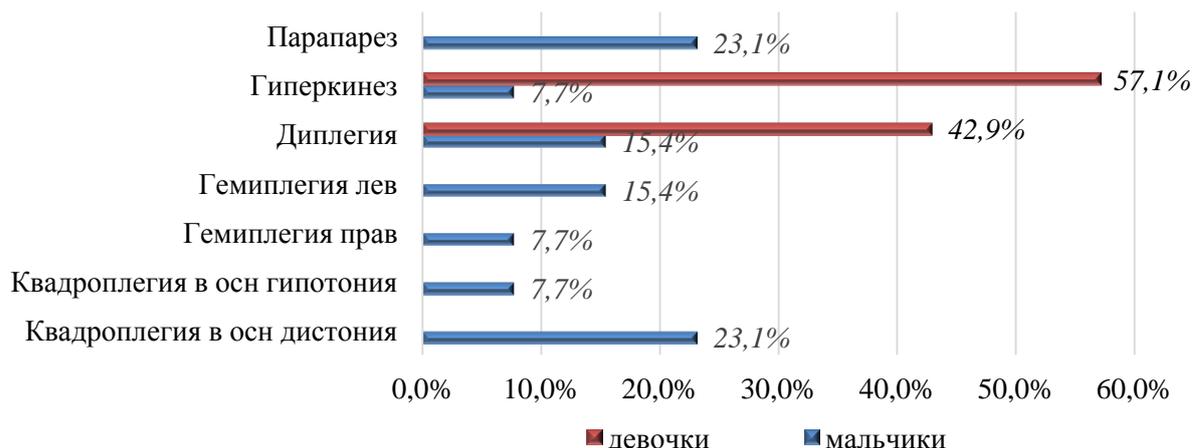


Рисунок 4. Сопутствующие неврологические симптомы у обследованной категории больных из Нарынской области при к анамнестическом наблюдении

При катамнестическом наблюдении эпилепсия была выявлена у 5(38,5%) мальчиков и у 5(71,4%) девочек до 1 годовалого возраста.

У 1(7,7%) мальчиков и у 1(14,3%) девочек диагноз эпилепсия была снята до 5 летнего возраста после полученного противоэпилептического лечения.

У 9(69,2%) мальчиков и у 1(14,3%) девочки имело место косоглазие соответственно. Нарушения слуха отмечались у 9(69,2%) пациентов мужского пола и у 1(14,3%) девочки. Нарушение речи при катamnестическом наблюдении детей с ОНМТ и ЭНМТ было обнаружено у 9(69,2%) и у 2(28,6%) пациентов мужского и женского пола соответственно.

Клинические диагнозы, были выставлены до 1 месячного возраста у 2(15,4%) мальчиков.

В возрасте от 1 месяца и до 1 года диагнозы были верифицированы у 2(28,6%) девочек и у 5(38,5%) мальчиков.

От 1 года до 2 летнего возраста — у 1(7,7%) мальчика и 1(14,3%) девочки.

В возрасте от 2 до 3 летнего возраста изменения было диагностировано у 4(30,8%) пациентов женского пола и у 4(57,1%) больных мужского пола.

В возрасте от 3 до 4 летнего возраста нарушения были диагностированы у 1(7,7%) мальчиков.

Из Ошской области под наблюдением находились 17 детей, из них 9(52,9%) мальчиков и 8(44,4%) девочек.

Распределение от степени тяжести легкая степень тяжести было диагностировано у 2(22,2%) мальчиков и у 1(12,5%) девочек.

Средняя степень тяжести заболевания было диагностировано у 3(33,3%) пациентов мужского и у 5(62,5%) больных женского пола соответственно.

Тяжелую степень заболевания имело место у 4(44,4%) мальчиков и у 2(25,0%) девочек.

Из сопутствующих неврологических симптомов, такие как дистония была у 1(11,1%), ЗПР — у 1(11,1%), гемиплегия слева — у 1(11,1%), гиперкинез — 1(11,1%) пациентов мужского пола.

Диплегия имела место у 1(11,1%) мальчика и у 2(25,0%) девочек.

Тетраплегия, квадролегия в основном гипотония встречались у 1(11,1%) пациента мужского пола и у 1(12,5%) пациента женского пола.

Квадролегия в основном в виде атетоза имела место у 2(22,2%) мальчиков и у 1(12,5%) девочки.

Квадролегия в основном в виде дистонии была у 4(44,4%) больных мужского пола и у 2(25,0%) пациенток женского пола.

У 3(33,3%) мальчиков и у 3(37,5%) девочек был диагностирована эпилепсия.

У 1(11,1%) мальчика и у 2(25,0%) девочек диагноз эпилепсия был снят через 5 лет после постановки диагноза.

Косоглазие имело место у 3(33,3%) мальчиков и у 5(62,5%) девочек при катamnестическом наблюдении в первые годы.

Нарушения слуха были выявлены у 2(22,2%) пациентов мужского пола и у 5(62,5%) больных женского пола.

Нарушение речи было диагностировано в течение 1 года при катamnестическом наблюдении у 3(33,3%) мальчиков и 5(62,5%) девочек.

Клинический диагноз у 1(11,1%) мальчика был выставлен в возрасте от 2 лет и до 3 летнего возраста и у 1(11,1%) в возрасте от 1 года и до 2 лет.

В возрасте от 1 месяца до 1 года диагноз был выставлен у 6(66,7%) мальчиков и у 5(62,5%) девочек.

В возрасте до 1 месячного возраста диагноз был верифицирован у 2(22,2%) мальчиков и у 1(12,5%) девочки.

Из Талаской области было под наблюдением 11 детей, из них было 4(37,0%) мальчика, 7(64,0%) составили пациенты женского пола.

Диагноз ДЦП легкой степени был диагностирован у 37% мальчиков, а у девочек ДЦП легкой степени было верифицировано у 72,0% и средняя степень — у 29,0%.

Вышеуказанный диагноз был выставлен в 1 месячном возрасте у 50,0% мальчиков, от 1 года до 2 лет — у 25,0% и от 2 до 3 летнего возраста — у 25,0% пациентов мужского пола.

У 15,0% девочек диагноз был выставлен в 1 месячном возрасте, от 1 месяца и до 1 года диагноз был верифицирован у 15,0%.

В возрасте от 1 года до 2 лет диагноз был выставлен у 40,0% больным женского пола и в возрасте от 2 до 3 лет — у 15,0%, в возрасте от 3 до 4 лет был выставлен у 15,0% девочек.

У данных детей сопутствующие неврологические симптомы имели место у 50,0% мальчиков в виде гемиплегии справа, квадроплегии в основном гипотония была у 25,0%, квадруплегии в основном дистония имела место у 25,0%.

У пациентов женского пола имелись следующие симптомы: у 20,0% была квадроплегия в основном дистония, у 15,0% квадроплегии в основном атетоз, тетраплегии — у 15,0%, гемиплегии справа — у 20,0% у 15,0% парапарез и у 15,0% имело место дистония при катamnестическом наблюдении.

Диагноз эпилепсия был диагностирован у 75,0% мальчиков и у 85,0% девочек, соответственно при катamnестическом наблюдении в течении 1 года.

При катamnестическом наблюдении нарушения со стороны речи были у 75,0% мальчиков и у 80,0% девочек.

Нарушения слуха отмечались у 75,0% пациентов мужского пола и у 85,0% больных женского пола.

Также при катamnестическом наблюдении у 75,0% детей мужского пола имело место косоглазие, а у девочек — 80,0% косоглазие.

Детей, находившихся под наблюдением из Чуйской области 115, из них 61(53,0%) составили мальчики и 54(47,0%) девочки.

Легкой степенью тяжести ДЦП страдали 14(23,0%) мальчиков и 12(23,0%) девочек.

У 37(61,0%) мальчиков и у 34(63,0%) девочек имело место ДЦП средней степени тяжести ДЦП.

Тяжелая степень ДЦП была верифицирована у 10(17,0%) мальчиков и у 8(15,0%) пациенток женского пола.

Вышеуказанный клинический диагноз был выставлен в возрасте до 1 месяца 24(39,4%) мальчикам и 26(48,1%) девочкам.

В возрасте от 1 месяца и до 1 года диагноз был верифицирован у 3(4,9%) мальчиков и у 5(9,3%) девочек.

В возрастном промежутке от 1 до 2 лет диагноз был выставлен 33(54,1%) пациентам мужского и 22(40,7%) больным женского пола.

В возрасте от 2 до 3 лет диагноз был выставлен 1(1,6%) ребенку мужского пола и у 1(1,9%) пациентке женского пола.

Из сопутствующих неврологических симптомов у обследованной категории больных из Чуйской области при катamnестическом наблюдении было выявлено следующее: квадроплегии в основном дистония у 13(21,3%) мальчиков и у 11(20,4%) девочек, квадроплегии в основном атетоз у 14(22,9%) мальчиков и у 12(22,2%) девочек; квадроплегии в основном гипотония у 7(11,5%) мальчиков и у 6(11,1%) девочек, тетраплегии имела место у 2(3,3%) мальчиков, гемиплегии слева у 3(4,9%) мальчиков и у 4(7,4%) девочек, а правосторонняя гемиплегия встречалась только у пациентов женского пола 7(12,9%).

Диплегия была у 5(8,2%) мальчиков и у 2(3,7%) девочек. Гипотония имела место у 6(9,8%) пациентов мужского пола и у 6(11,1%) больных женского пола.

У 2(3,3%) мальчиков и у 1(1,9%) девочки имел место гиперкинез.

Атаксия встречалась только у 4(6,6%) пациентов мужского пола.

Парапарез имел место у 3(4,9%) мальчиков и у 1(1,9%) девочки. ЗПР была диагностирована у 1(1,6%) девочки и у 4(7,4%) мальчиков.

Спинальная грыжа отмечалась только у 1(1,6%) ребенка мужского пола.

Клинический диагноз эпилепсия имел место у 34(55,7%) мальчиков и у 24(39,4%) девочек. Через 5 лет после постановки клинического диагноза он был снят у 7(11,5%) мальчиков и у 11(18,0%) девочек.

При катamnестическом наблюдении за детьми, рожденными с ОНМТ и ЭНМТ, были выявлены следующие нарушения со стороны слуха у 39(63,9%) и у 30(55,6%) девочек.

Нарушения со стороны речи было у 25(41,0%) мальчиков и у 26(48,2%) девочек.

Косоглазие имело место у 35(57,4%) мальчиков и у 28(51,9%) девочек.

Делая вывод из вышеизложенного, можно сказать, что нарушения, выявленные у детей исследованной группы являются закономерными и связаны со сроками внутриутробного развития. Преждевременные роды являются одной из самых значимых проблем современного здравоохранения.

#### Список литературы:

1. Радзинский В. Е., Курбанова Ф. А., Мухтарова А. В. Анте- и интранатальный токолиз при недоношенной беременности // Трудный пациент. 2017. Т. 15, №1-2. С. 35-38.
2. Романенко Т. П. Прегравидарная подготовка и профилактика репродуктивных потерь у женщин с привычным невынашиванием // Здоровье женщины. 2009. №7(43). С. 90-92.
3. Sisk P. M. et al. Human milk consumption and full enteral feeding among infants who weigh  $\leq$  1250 grams // Pediatrics. 2008. V. 121. №6. – С. e1528-e1533. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2110>
4. Пальчик А. Б. Оценка неврологического статуса недоношенных детей: методические рекомендации. СПб. 2008. 59 с.
5. Beck S. et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity // Bulletin of the World Health Organization. 2010. V. 88. P. 31-38. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.062554>
6. Айламазян Э. К., Евсюкова И. И. Дискуссионные проблемы преждевременных родов и выхаживания детей с экстремально низкой массой тела // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. Т. LX. Вып. 3. С. 180–186.
7. Демьянова, Т. Г. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни. М.: Медпрактика, 2006. 148 с.
8. Ehrenkranz R. A. et al. Growth in the neonatal intensive care unit influences neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants // Pediatrics. 2006. V. 117. №4. P. 1253-1261. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1368>
9. Байбарина Е. Н., Сорокина З. Х. Исходы беременности в сроки 22-27 недель в медицинских учреждениях Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. 2011. Т. 10, №1. С. 17-20.
10. Мерзлова Н. Б., Курносков Ю. В., Винокурова Л. Н. Катамнез детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела // Фундаментальные исследования. 2013. №3. С. 121-125.
11. Franz A. R. et al. Intrauterine, early neonatal, and postdischarge growth and neurodevelopmental outcome at 5.4 years in extremely preterm infants after intensive neonatal

nutritional support // Pediatrics. 2009. V. 123. №1. P. e101-e109.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2008-1352>

12. Laptok A. R. et al. Admission temperature of low birth weight infants: predictors and associated morbidities // Pediatrics. 2007. V. 119. №3. P. e643-e649.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2006-0943>

13. You J. et al. Late Preterm Infants' Social Competence, Motor Development, and Cognition // Frontiers in psychiatry. 2019. V. 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00069>

14. Gardon L. et al. Neurodevelopmental outcome and adaptive behaviour in extremely low birth weight infants at 2 years of corrected age // Early human development. 2019. V. 128. P. 81-85.  
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.12.013>

15. Mehta T. M. et al. Psychiatric History in the Family Members of Adults Born at Extremely Low Birth Weight // Journal of Child and Family Studies. 2019. P. 1-7.  
<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01420-w>

#### References:

1. Radzinskii, V. E., Kurbanova, F. A., & Mukhtarova, A. V. (2017). Ante- i intranatal'nyi tokoliz pri nedonoshennoi beremennosti. *Trudnyi patsient*, 15(1-2). 35-38. (in Russian).

2. Romanenko, T. P. (2009). Pregravidarnaya podgotovka i profilaktika reproduktivnykh poter' u zhenshchin s privychnym nevynashivaniem. *Zdorov'e zhenshchiny*, 7(43). 90-92. (in Russian).

3. Sisk, P. M., Lovelady, C. A., Gruber, K. J., Dillard, R. G., & O'Shea, T. M. (2008). Human milk consumption and full enteral feeding among infants who weigh  $\leq$  1250 grams. *Pediatrics*, 121(6), e1528-e1533. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2110>

4. Pal'chik, A. B. (2008). Otsenka nevrologicheskogo statusa nedonoshennykh detei: metodicheskie rekomendatsii. St. Petersburg. (in Russian).

5. Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Requejo, J. H., ... & Van Look, P. F. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 31-38.  
<https://doi.org/10.2471/BLT.08.062554>

6. Ailamazyan, E. K., & Evsyukova, I. I. (2011). Diskussionnye problemy prezhdvremennykh rodov i vykhazhivaniya detei s ekstremal'no nizkoi massoi tela. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei*, LX, 3. 180-186. (in Russian).

7. Dem'yanova, T. G. (2006). Nablyudenie za gluboko nedonoshennymi det'mi na pervom godu zhizni. Moscow. (in Russian).

8. Ehrenkranz, R. A., Dusick, A. M., Vohr, B. R., Wright, L. L., Wrage, L. A., & Poole, W. K. (2006). Growth in the neonatal intensive care unit influences neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants. *Pediatrics*, 117(4), 1253-1261.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2005-1368>

9. Baibarina, E. N., & Sorokina, Z. Kh. (2011). Iskhody beremennosti v sroki 22-27 nedel' v meditsinskikh uchrezhdeniyakh Rossiiskoi Federatsii. *Voprosy sovremennoi pediatrii*, 10(1). 17-20. (in Russian).

10. Merzlova, N. B., Kurnosov, Yu. V., & Vinokurova, L. N. (2013). Katamnez detei, rozhdennykh s ochen' nizkoi i ekstremal'no nizkoi massoi tela. *Fundamental'nye issledovaniya*, (3). 121-125. (in Russian).

11. Franz, A. R., Pohlandt, F., Bode, H., Mihatsch, W. A., Sander, S., Kron, M., & Steinmacher, J. (2009). Intrauterine, early neonatal, and postdischarge growth and

neurodevelopmental outcome at 5.4 years in extremely preterm infants after intensive neonatal nutritional support. *Pediatrics*, 123(1), e101-e109. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1352>

12. Laptok, A. R., Salhab, W., & Bhaskar, B. (2007). Admission temperature of low birth weight infants: predictors and associated morbidities. *Pediatrics*, 119(3), e643-e649. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0943>

13. You, J., Yang, H. J., Hao, M. C., & Zheng, J. J. (2019). Late Preterm Infants' Social Competence, Motor Development, and Cognition. *Frontiers in psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00069>

14. Gardon, L., Picciolini, O., Squarza, C., Frigerio, A., Gianni, M. L., Gangi, S., ... & Mosca, F. (2019). Neurodevelopmental outcome and adaptive behaviour in extremely low birth weight infants at 2 years of corrected age. *Early human development*, 128, 81-85. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.12.013>

15. Mehta, T. M., Schmidt, L. A., Poole, K. L., Saigal, S., & Van Lieshout, R. J. (2019). Psychiatric History in the Family Members of Adults Born at Extremely Low Birth Weight. *Journal of Child and Family Studies*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01420-w>

Работа поступила  
в редакцию 03.12.2019 г.

Принята к публикации  
11.12.2019 г.

---

*Ссылка для цитирования:*

Жумалиева Э. К., Фуртикова А. Б., Вычигжанина Н. В., Кондратьева Е. И. Нарушения социальной адаптации новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела // Бюллетень науки и практики. 2020. Т. 6. №1. С. 79-90. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/50/08>

*Cite as (APA):*

Zhumalieva, E., Furtikova, A., Vychigzhanina, N., & Kondratieva, E. (2019). Disorders of Social Adaptation of Newborns With Very Low and Extremely Low Birth Weight. *Bulletin of Science and Practice*, 6(1), 79-90. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/50/08> (in Russian).