

ДИНАМИКА МАССЫ ТЕЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Гайдамака А. В., Щеглюк Л. Н., ¹⁾ Овсянникова Л. И., ¹⁾ Терещук О. Н.

Научный руководитель – доц. Редько Е. К.

Сумский государственный университет, кафедра педиатрии с курсом медицинской генетики;

¹⁾ Сумская областная детская клиническая больница*

Цель: определение выраженности клинических проявлений и динамики убыли первоначальной массы тела у доношенных новорожденных при перинатальной гипоксии для использования данного показателя в качестве критерия состояния здоровья детей на самых ранних этапах постнатального онтогенеза.

Материалы и методы. Изучены карты 136 доношенных новорожденных. Из них 35 детей родились в состоянии умеренной и тяжелой асфиксии (основная группа). Группу контроля составил 101 новорожденный, родившийся в удовлетворительном состоянии, в т.ч. путем кесарева сечения. По антропометрическим данным при рождении дети обследованных групп были сопоставимы, все родились доношенными с должествующими параметрами физического развития. Средняя масса тела детей основной группы составила $3351,1 \pm 89,77$ г, группы контроля – $3308,1 \pm 44,88$ г ($p > 0,05$); средняя длина тела – $51,4 \pm 0,46$ и $51,9 \pm 0,24$ см соответственно ($p > 0,05$).

Клиническое обследование детей проводилось на базе родильных домов г. Сумы.

Результаты. Изучение динамики потери первоначальной массы тела у здоровых доношенных новорожденных показало, что в среднем она составила $5,9 \pm 0,19$ % (1,7–11%). У 42 % новорожденных убыль первоначальной массы тела оказалась выше 6 %. У 4 детей в раннем неонатальном периоде убыли массы тела не отмечалось. Степень убыли массы тела не зависела от пола ребенка. В то же время у здоровых новорожденных девочек отмечалась тенденция к более выраженной потере массы тела по сравнению с новорожденными мальчиками ($6,0 \pm 0,26$ и $5,7 \pm 0,27$ % соответственно). Эта же тенденция сохранялась у детей основной группы.

В группе детей, рожденных в состоянии перинатальной гипоксии, потеря первоначальной массы тела оказалась в 2,4 раза меньше, чем у здоровых новорожденных ($2,5 \pm 0,28$ и $5,9 \pm 0,19$ % соответственно). В то же время в основной группе снижение первоначальной массы тела регистрировалось не у каждого ребенка, а только у 19 из 35 детей. В основной группе у 16 больных детей не происходило потери массы тела или отмечалось ее некоторое повышение. Восстановление первоначальной массы происходило к 4–5-му дню жизни детей.

Эти особенности динамики массы тела новорожденных, находящихся в критическом состоянии, можно объяснить, с одной стороны, лучшим уходом (оптимальная температура и влажность кувеза), с другой стороны – проведением интенсивной терапии с искусственной вентиляцией легких, инфузионной терапии, а у некоторых детей – развитием ишемической нефропатии. Перинатальная гипоксия способствует задержке в организме жидкости и электролитов и сопровождается развитием как общего отека, так и отека головного мозга. При адекватной инфузионной терапии, используемой в лечении новорожденных в критическом состоянии, прирост массы тела не должен превышать 1,5–2 % в сутки, так же как и масса тела не должна снижаться более чем на 2,5–3% в первые 3–4 сут жизни.

У 27 (из 35) новорожденных перинатальная гипоксия осложнилась развитием ишемической нефропатии, в том числе олигоанурической формы с появлением пастозности тканей, отеков. Даже стабильная масса тела у тяжелобольного ребенка может свидетельствовать о задержке жидкости. Первые 3–4 дня жизни для всех новорожденных характерна катаболическая направленность обмена веществ, и масса детей не должна увеличиваться. По нашим данным, у 10 из 35 детей основной группы была зарегистрирована патологическая прибавка массы тела в первые 3 сут жизни. Как следует из вышеизложенного, к любому приросту массы тела новорожденных в критическом состоянии необходимо относиться очень внимательно и более четко корректировать программу инфузионной терапии.

Процент убыли первоначальной массы тела у здоровых новорожденных не зависел от порядкового номера родов, но прослеживалась тенденция к его уменьшению при повторных родах ($6,1 \pm 0,22$ и $5,7 \pm 0,41$ % соответственно). Такая же закономерность отмечалась в группе детей,

перенесших перинатальную гипоксию ($2,6 \pm 0,34$ и $2,2 \pm 0,46$ % соответственно). У 5 новорожденных с перинатальной гипоксией, родившихся путем кесарева сечения, транзиторной убыли массы тела не отмечалось.

Мы проанализировали особенности убыли массы тела у новорожденных в зависимости от способа родоразрешения. Новорожденные, появившиеся на свет путем кесарева сечения, имели достоверно большую транзиторную убыль массы тела в раннем неонатальном периоде, и данная закономерность была выявлена в основной и контрольной группах детей ($p = 0,02$ и $p = 0,04$ соответственно). По-видимому, оперативное родоразрешение приводило к дизадаптации новорожденных, которая выражалась в том числе в более высокой потере массы тела. Причиной данного состояния также можно считать более позднее прикладывание таких новорожденных к груди матери (в конце 1-х суток жизни) и медленное становление лактации у их матерей.

Средний постнатальный возраст максимальной убыли массы тела у детей в обеих группах статистически не различался и составил около 3 сут жизни. В то же время у детей контрольной группы, появившихся на свет путем кесарева сечения, потеря массы тела продолжалась в течение более длительного времени и наибольший процент ее убыли регистрировался только к 4–5 сут жизни. Данный факт можно объяснить теми же причинами, что и более выраженный процент максимальной убыли массы тела, – более поздним прикладыванием новорожденных к груди матери и медленным становлением у них лактации.

Восстановление первоначальной массы тела у 50 здоровых детей произошло к $7,5 \pm 0,23$ суткам жизни. Эти новорожденные задерживались в родильном доме по состоянию здоровья матери или по причине негемолитической гипербилирубинемии, которая требовала фототерапии. Дети, рожденные путем кесарева сечения, находились в родильном доме до 5–7 сут жизни, но к этому сроку каждый третий ребенок еще не восстанавливал исходную массу тела. Более быстрое (4–5-й день жизни) восстановление исходной массы тела у новорожденных с перинатальной гипоксией было обусловлено инфузионной терапией, в том числе и парентеральным питанием.

Выводы.

1. У новорожденных детей, находящихся в критическом состоянии, минимальная убыль массы тела или даже отсутствие потери массы тела не может считаться благоприятным показателем, ибо свидетельствует о задержке жидкости. В таких случаях необходимо взвешивание новорожденных в динамике до 2–3 раз в сутки и более для тщательного контроля за адекватностью проводимой инфузионной терапии.
2. Показатель первоначальной потери массы тела у здоровых детей, появившихся на свет путем кесарева сечения, выше по сравнению с таковым у новорожденных, родившихся от самопроизвольных родов; восстановление массы у них идет более медленно и к 8–9-м суткам жизни еще не достигает исходного уровня.
3. Динамика потери первоначальной массы тела может быть использована в качестве дополнительного, доступного критерия оценки состояния новорожденных. Организация с первых часов жизни оптимальных условий для новорожденных, контроль за течением лактации у матерей после кесарева сечения необходимы для оптимизации процессов адаптации новорожденных и формирования их постнатального здоровья.

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 16-18 квітня 2014 р. / М.В. Погорелов. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 210-212.