

9-Пейте больше жидкости — обезвоживание приводит к сухости слизистых и снижает их защитную функцию.

10-Общение через социальные сети и физическое дистанцирование являются верными способами предотвращения распространения корона вируса.

Пандемия COVID-19 убедила нас в необходимости популяризации общественного здравоохранения, распространении просветительской информации.

В настоящее время ВОЗ работает с учеными всего мира над разработкой по меньшей мере 20 различных встречающихся против вируса корон, и некоторые из них уже вступили в фазу I клинических испытаний в рекордно короткие сроки, а именно после всего лишь 60 дней распространения до генетического секвенирования вируса.

Источники

1-ВОЗ 28 февраля 2020, 09:02:Глава Всемирной организации здравоохранения поставил Россию в пример в борьбе с корона вирусом

2-Роспотребнадзор в связи с резким ростом числа заболеваний в Италии, Республике Корея и Иране не рекомендует посещение этих стран до

стабилизации обстановки по корона вирусу COVID-19.

3-Министерство здравоохранения Ирака-приостановил занятия во всех школах и университетах страны до 7 марта.

4-4- <https://koronavirus-ncov.ru/> 15 марта 2020

5- Всемирная организация здравоохранения на Ближнем Востоке 24.03.2020

Sources

1-who 28 February 2020, 09: 02: the Head of the world health organization has set Russia as an example in the fight against the corona virus

2-due to the sharp increase in the number of diseases in Italy, the Republic of Korea and Iran, Rosпотребнадзор does not recommend visiting these countries until the situation with the COVID-19 corona virus has stabilized.

3 - the Iraqi Ministry of health-suspended classes at all schools and universities in the country until March 7.

4- <https://koronavirus-ncov.ru/> 15 марта 2020

5-World Health Organization in the Middle East 24.03.2020.

Al Sabunchi A.A.

professor MD

Moscow - RNRMU named N.I. Pirogova - Department of hygiene

УДК 616-007-053.1

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2020.3.72.635](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2020.3.72.635)

Заводнова Ольга Сергеевна

Доктор медицинских наук,

профессор кафедры пропедевтики детских болезней,

г. Ставрополь

Кузнецова Ирина Георгиевна

Кандидат медицинских наук,

доцент кафедры педиатрии,

г. Ставрополь

Галимова Ольга Ивановна

Кандидат медицинских наук,

доцент кафедры поликлинической педиатрии,

. Ставрополь

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты исследования физического развития здоровых детей и детей с врожденными пороками развития в возрасте до 2 лет. Установлено, что масса тела детей с врожденными пороками развития во все возрастные периоды ниже, чем у здоровых детей ($P<0,01$, $P<0,05$); рост здоровых детей достоверно выше, чем у детей с врожденными пороками развития ($P<0,05$, $P<0,001$). Выявлено преобладание соответствующего возрасту гармоничного физического развития у здоровых детей при рождении (60%); в динамике значимыми являются высокое дисгармоничное развитие, выше среднее и среднее гармоничное развитие (девочки); среднее и выше среднее гармоничное развитие, выше среднее дисгармоничное развитие (мальчики). Для детей с врожденными пороками развития характерно уменьшение доли гармоничного физического развития (53,2%), рост доли резко дисгармоничного развития (20,4%), значительная частота детей с дефицитом массы тела (30,7%). Во все возрастные периоды значимыми являются: среднее гармоничное развитие, среднее дисгармоничное развитие с избыточной массой тела 1 степени и дефицитом массы тела 1 степени (девочки); среднее гармоничное развитие, низкое резко дисгармоничное развитие с дефицитом массы тела 1-2 степени, среднее резко дисгармоничное развитие с дефицитом массы тела 2 степени (мальчики). Для детей с тяжелыми врожденными пороками развития и летальным исходом в неонатальном периоде характерен дисгармоничный морфосоматотип при рождении (60-65%). Преобладают низкие и ниже средние показатели физического развития с дефицитом массы тела 1-2 степени.

ABSTRACT

The article presents the results of a study of the physical development of healthy children and children with congenital malformations under the age of 2 years. It was found that the body weight of children with congenital malformations in all age periods is lower than that of healthy children ($P<0.01$, $P<0.05$); the growth of healthy children is significantly higher than that of children with congenital malformations ($P<0.05$, $P<0.001$). The prevalence of age-appropriate harmonious physical development in healthy children at birth (60%); in the dynamics of significant are high disharmonious development, upper middle and secondary harmonious development (girls); the average upper middle and harmonious development, upper middle disharmonious development (boys). Children with congenital malformations are characterized by a decrease in the proportion of harmonious physical development (53.2%), an increase in the proportion of sharply disharmonious development (20.4%), a significant frequency of children with body weight deficit (30.7%). In all age periods significant are: average harmonious development, average disharmonious development with excess body weight of 1 degree and deficiency of body weight of 1 degree (girls); average harmonious development, low sharply disharmonious development with deficiency of body weight of 1-2 degrees, average sharply disharmonious development with deficiency of body weight of 2 degrees (boys). For children with severe congenital malformations and lethal outcome in the neonatal period is characterized by disharmonious mortalitate at birth (60-65%). Prevail low and below average indicators of physical development with deficiency of body weight of 1-2 degrees.

Ключевые слова: физическое развитие, здоровые дети, врожденные пороки развития, соматометрия, гармоничность физического развития

Key words: physical development, healthy children, congenital malformations, somatometry, harmony of physical development

Актуальность. Врожденные пороки развития (ВПР) занимают значительный удельный вес в структуре причин младенческой смертности, детской инвалидности [1, 2, 3]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно рождается более трех миллионов детей с врожденной патологией, из которых 270 тысяч обусловливают перинатальную смертность. В структуре причин младенческой и неонатальной смертности ВПР занимают второе место [4, 5]. Физическое развитие (ФР) детей – один из главных критериев состояния здоровья детской популяции, отражающий влияние эндогенных и экзогенных факторов на детский организм. Нарушение физического развития может быть первым клиническим признаком хронических заболеваний, врожденных пороков развития и генетически обусловленной патологии [6, 7, 8]. В Российской Федерации в настоящее время и ранее проводились и проводятся исследования, посвященные оценке физического развития, мониторингу состояния здоровья детей разного возраста.

Цель исследования: на основе результатов антропометрического исследования дать оценку физического развития детей с врожденными пороками развития от 0 до 2 лет в сравнении со здоровыми детьми.

Материалы и методы исследования. В статье проведен анализ физического развития здоровых детей ($n=40$), детей с врожденными пороками развития ($n=40$), детей с врожденными пороками развития, умерших в неонатальном периоде ($n=40$). Все дети родились доношенными. Каждая группа состояла из 20 мальчиков и 20 девочек, находящихся под наблюдением медицинских организаций г. Ставрополя. В работе использованы анкеты, составленные с учетом выявления возможных отклонений в физических показателях здоровья, амбулаторные карты обследуемых детей.

Методы исследования: эпидемиологические (анализ медицинской документации, данных анкетирования); клинические (соматометрия – измерение длины тела, массы тела, оценка физического развития по центильным таблицам); статистические. Оценка физического развития детей проводилась в декретированные сроки: на первом году жизни ежемесячно, на втором году жизни 1 раз в 3 месяца. Показатели гармоничности физического развития определялись в следующие сроки: 0 месяцев, 3 месяца, 6, 9, 12, 18 месяцев, 24 месяца.

Результаты и их обсуждение.

Здоровые дети родились от матерей в возрасте $26,53\pm0,73$ лет, преимущественно здоровых, по роду трудовой деятельности не связанных с профессиональными вредностями. Во всех случаях генеалогический анамнез был неотягощенным. 70% детей родились от первой (35%) и второй (35%) беременности, 75% от первых (35%) и вторых (40%) родов. Дети с врожденными пороками развития (ВПР) родились от матерей в возрасте $31,23\pm1,31$ лет, 65% которых считали себя здоровыми, 7,5% имели ВПР. Дети родились преимущественно от первой (47,5%) и третьей (25%) беременности, первых (45%) и вторых (30%) родов. У 47,5% детей были простые пороки развития, у 35% - множественные пороки развития разных органов и систем, у 17,5% - сложные пороки развития нескольких органов одной системы. Выявлялись пороки ССС (42,5%), органа зрения (32,5%), пищеварительной системы (22,5%), мочеполовой системы (22,5%), костно-мышечной системы (15%), нервной системы (5%). Дети с ВПР, умершие в неонатальном периоде, родились от матерей в возрасте $22,61\pm0,65$ лет, преимущественно от 1 и 2 беременности (70%), 1 и 2 родов (80%). В 42,5% случаев зарегистрированы множественные пороки развития, в 12,5% - сложные пороки развития, в 45% - простые пороки развития. По частоте встречаемости ВПР

распределились следующим образом: ЖКТ (52,5%), ССС (45%), мочеполовая система (37,5%), костно-мышечная система (35%), органы дыхания (15%), нервная система (15%), орган зрения (2,5%).

В таблице 1 и 2 представлены данные о массе тела здоровых детей и детей с ВПР, дифференцированные по полу и возрасту.

Таблица 1.

Динамика массы тела здоровых детей в зависимости от пола, возраста

Возраст, мес.	Здоровые дети		
	мальчики	девочки	Всего
0	3285,5 \pm 60,9	3329,5 \pm 84,2	3310,93 \pm 54,6
1 мес.	3928,1 \pm 134,7	4368,3 \pm 117	4177,9 \pm 94,4
2 мес.	5084,3 \pm 224,9	5250,9 \pm 149,3	5182,3 \pm 126,3
3 мес.	6038,9 \pm 175,2	5868,9 \pm 173,3	5953,9 \pm 122,3
4 мес.	6601,9 \pm 209,9	6490,5 \pm 148,5	6538,6 \pm 122,4
5 мес.	7291,2 \pm 198,5	7184,8 \pm 156,1	7230 \pm 121,8
6 мес.	7795,5 \pm 161,2	7532,7 \pm 147,9	7664,1 \pm 109,9
7 мес.	8328,1 \pm 170,3	7885,2 \pm 150,8	8066,9 \pm 117,1
8 мес.	8756 \pm 122,6	8378,2 \pm 139,4	8546,1 \pm 97,8
9 мес.	9160,6 \pm 77,4	8831,9 \pm 142,5	8966,4 \pm 92,5
10 мес.	9436,5 \pm 131,1	9171,3 \pm 168,1	9291,8 \pm 110
11 мес.	9745,2 \pm 130,8	9552,3 \pm 148,8	9638,5 \pm 100,9
12 мес.	10120,4 \pm 164	9906,1 \pm 179	10017,7 \pm 120,6
15 мес.	10630 \pm 163,9	10557,9 \pm 186	10593,6 \pm 122,5
18 мес.	11133,9 \pm 149	11315,4 \pm 258	11224,6 \pm 147
21 мес.	11679 \pm 178,1	11640 \pm 307,3	11656,3 \pm 190,6
24 мес.	12291,7 \pm 275	12350 \pm 405,2	12323,1 \pm 247,7

Масса тела здоровых мальчиков при рождении составляла 3285,5 г. (4 центильный коридор), девочек 3329,5 г. (5 центильный интервал); в возрасте 3-12 месяцев масса тела здоровых мальчиков и девочек соответствовала 5

центильному интервалу. К 2 годам масса тела мальчиков достигала 12292 г. (4 центильный интервал), девочек 12350 г. (5 центильный интервал).

Таблица 2.

Динамика массы тела детей с врожденными пороками развития в зависимости от пола, возраста

Возраст, мес.	Дети с врожденными пороками развития живые/умершие		
	мальчики	девочки	Всего
0	3093,7 \pm 98,3*	3514,5 \pm 91,4	3266,9 \pm 74,36
	3067,6 \pm 127,8*	2988,0 \pm 106,9**	3026,1 \pm 82,0***
1 мес.	3981,0 \pm 130,5	4273,46 \pm 119,5*	4096,5 \pm 94,2
2 мес.	4801 \pm 190,95*	5021,7 \pm 134*	4887,9 \pm 127*
3 мес.	5430,5 \pm 197,3**	5703,3 \pm 134,2*	5536,1 \pm 132,1**
4 мес.	6120,6 \pm 229,5*	6430,83 \pm 160,8	62,48,9 \pm 150,6*
5 мес.	6699,4 \pm 250,9*	7141,7 \pm 192,1	6888,9 \pm 167,9*
6 мес.	7218,1 \pm 245,6**	7650,8 \pm 199,9	7412,1 \pm 164,7*
7 мес.	7670,0 \pm 258,3**	8076,7 \pm 216,6	7844,3 \pm 175,7*
8 мес.	8073,75 \pm 248,1**	8380,0 \pm 185,3	8211,0 \pm 160,1*
9 мес.	8442,35 \pm 254,2***	8675,4 \pm 179,5*	8543,3 \pm 162,6**
10 мес.	8848,1 \pm 246,6**	8995,4 \pm 179,9*	8914,2 \pm 156,1**
11 мес.	9132,0 \pm 271,9**	9329,2 \pm 184,7*	9223,6 \pm 167,1**
12 мес.	9460,0 \pm 241,9**	9670,0 \pm 224,5*	9554,8 \pm 165,4**
15 мес.	9787,5 \pm 199,6**	10603,75 \pm 109,9	10195,6 \pm 226,1*
18 мес.	10242,86 \pm 221,7**	11145 \pm 88,2*	10724 \pm 236,4*
21 мес.	10797,5 \pm 265,9*	11654,3 \pm 134,9	11258,8 \pm 272,9*
24 мес.	11614,4 \pm 310,2*	12301,4 \pm 159,6	11935 \pm 340,8*

* достоверность разницы между группами здоровых и детей с ВПР Р<0,05

**достоверность разницы между группами здоровых и детей с ВПР Р<0,01

***достоверность разницы между группами здоровых и детей с ВПР Р<0,001

Средняя масса тела мальчиков с ВПР при рождении составляла 3093,7 г. (3 центильный интервал), в динамике с 3 месяцев и до 2 лет масса тела мальчиков соответствовала 4 центильному

интервалу. Масса тела девочек от 0 месяцев до 2 лет соответствовала 5 центильному интервалу, за исключением возраста 6 месяцев (4 центильный интервал). Средняя масса девочек с ВПР и

летальным исходом составляла 2988,04 г. (центильная вероятность 25%), мальчиков 3067,6 \pm 127,8 г. (3 центильный интервал).

При сравнении массы тела здоровых детей и детей с врожденными пороками развития установлено, что масса тела здоровых детей достоверно выше, чем у детей с ВПР во все возрастные периоды ($P<0,01$, $P<0,05$). Регистрируются отличия в массе тела здоровых детей и детей с ВПР в зависимости от пола. Масса тела здоровых мальчиков выше массы тела мальчиков с ВПР во все возрастные периоды, за исключением возраста 1 месяц. Максимальные отличия характерны для возраста от 6 месяцев до 18 месяцев. Масса тела девочек с ВПР достоверно ниже массы тела здоровых девочек в возрасте от 1 до 5 месяцев и от 9 до 12 месяцев ($P<0,05$). В другие возрастные периоды отличия в массе тела недостоверны.

При рождении рост здоровых мальчиков в среднем составлял 51,84 см (5 центильный интервал), девочек 52,1 см (6 центильный интервал). В динамике средний рост здоровых мальчиков находился преимущественно в 5 центильном интервале, в возрасте 9 месяцев и 2 лет

– в 4 центильном интервале. Рост здоровых девочек находился как в 5 (6, 9, 24 месяца), так и в 6 центильном интервале (0, 3, 12 месяцев). Рост девочек с ВПР при рождении, в 3, 6, 9 и 18 месяцев находился в 5 центильном интервале; в 12 месяцев составил 76,6 см (6 центильный интервал), в 2 года – 84,78 см (4 центильный интервал). У мальчиков с ВПР рост при рождении и в динамике до 2 лет находился в 4 центильном интервале, за исключением возраста 6 месяцев (центильная вероятность 50%). Рост девочек с тяжелыми ВПР составил 51,09 см (5 центильный интервал), мальчиков – 50,77 см (4 центильный интервал). При сравнении роста здоровых детей и детей с врожденными пороками развития установлено, что рост здоровых детей достоверно выше, чем у детей с ВПР ($P<0,05$), кроме возраста 8, 9, 21 месяц. Достоверные отличия в росте здоровых детей и детей с врожденными пороками развития чаще регистрируются в группе девочек с максимумом в возрасте 7 месяцев ($P<0,001$).

Данные о росте детей всех исследуемых групп, дифференцированные по полу и возрасту представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Динамика роста детей в зависимости от пола, возраста, наличия врожденных пороков развития

Возраст, мес.	Здоровые дети			Дети с врожденными пороками развития живые/умершие		
	мальчики	девочки	всего	мальчики	девочки	всего
0 мес.	51,84 \pm 0,33	52,1 \pm 0,46	51,99 \pm 0,29	51,1 \pm 0,55*	51,5 \pm 0,66*	51,3 \pm 0,42*
				50,77 \pm 0,64*	51,09 \pm 0,65*	50,93 \pm 0,45**
1 мес.	54,05 \pm 0,4	54,71 \pm 0,64	54,37 \pm 0,37	53,97 \pm 0,74*	54,64 \pm 0,5*	54,28 \pm 0,46*
2 мес.	56,8 \pm 0,45	57,68 \pm 0,7	57,24 \pm 0,41	56,85 \pm 0,75*	57,42 \pm 0,44*	57,1 \pm 0,46*
3 мес.	60,23 \pm 0,45	61,19 \pm 0,67	60,68 \pm 0,39	59,42 \pm 0,73*	59,62 \pm 0,53*	59,5 \pm 0,47*
4 мес.	62,65 \pm 0,5	63,08 \pm 0,54	62,87 \pm 0,37	61,72 \pm 0,72*	61,5 \pm 0,6*	61,63 \pm 0,48**
5 мес.	64,68 \pm 0,49	65,1 \pm 0,46	64,9 \pm 0,34	63,76 \pm 0,75*	63,88 \pm 0,67*	63,82 \pm 0,51*
6 мес.	66,11 \pm 0,47	66,84 \pm 0,46	66,49 \pm 0,33	66,13 \pm 0,98	65,68 \pm 0,75*	65,92 \pm 0,59*
7 мес.	67,88 \pm 0,43	68,2 \pm 0,46	68,65 \pm 0,31	67,77 \pm 0,86*	67,85 \pm 0,61***	67,7 \pm 0,5*
8 мес.	69,2 \pm 0,4	70,24 \pm 0,45	69,8 \pm 0,32	69,8 \pm 0,68*	69,71 \pm 0,42*	69,76 \pm 0,41
9 мес.	70,9 \pm 0,4	71,57 \pm 0,4	71,26 \pm 0,28	71,2 \pm 0,67*	71,42 \pm 0,36*	71,32 \pm 0,4
10 мес.	72,5 \pm 0,37	73,17 \pm 0,48	72,84 \pm 0,3	72,3 \pm 0,64*	72,85 \pm 0,35*	72,53 \pm 0,39*
11 мес.	74,21 \pm 0,45	74,34 \pm 0,38	74,28 \pm 0,29	73,4 \pm 0,61*	75,2 \pm 0,56*	74,19 \pm 0,45*
12 мес.	75,6 \pm 0,4	75,9 \pm 0,4	75,75 \pm 0,28	74,82 \pm 0,53*	76,6 \pm 0,63*	75,55 \pm 0,43*
15 мес.	77,93 \pm 0,57	78,6 \pm 0,82	78,3 \pm 0,5	77,21 \pm 0,52*	78,75 \pm 0,9	77,71 \pm 0,45*
18 мес.	80,38 \pm 0,72	81,41 \pm 0,75	81,39 \pm 0,62	80,58 \pm 0,74	80,56 \pm 0,77*	80,57 \pm 0,55*
21 мес.	82,6 \pm 0,93	83,25 \pm 0,8	82,9 \pm 0,6	83,16 \pm 0,58*	82,5 \pm 0,62*	82,95 \pm 0,44
24 мес.	85,45 \pm 0,92	85,88 \pm 0,95	86,1 \pm 0,71	85,26 \pm 0,51*	84,78 \pm 0,52*	85,11 \pm 0,38*

* достоверность разницы между группами здоровых и детей с ВПР $P<0,05$

**достоверность разницы между группами здоровых и детей с ВПР $P<0,01$

***достоверность разницы между группами здоровых и детей с ВПР $P<0,001$

Данные оценки гармоничности физического развития здоровых детей и детей с врожденными

пороками развития в разные возрастные периоды представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Показатели гармоничности физического развития здоровых детей и детей с врожденными пороками развития в зависимости от пола и возраста, %

Физическое развитие/пол	Возраст													
	0 мес.		3 мес.		6 мес.		9 мес.		12 мес.		18 мес.		24 мес.	
	м	д	м	д	м	д	м	д	м	д	м	д	М	д
Здоровые дети														
Гармоничное	75	45	45	30	50	60	80	60	60	45	90	65	70	65
Дисгармоничное	25	25	55	45	50	15	10	35	10	35	10	5	20	20
Резко дисгармоничное	-	30	-	25	-	25	10	5	20	20	-	30	10	15
ИМТ	10	20	45	50	25	30	10	25	10	35	-	30	10	15
ДМТ	5	5	-	5	5	-	-	5	-	-	-	-	-	5
Дети с врожденными пороками развития														
Гармоничное	55	50	35	70	45	60	50	50	55	35	60	70	50	60
Дисгармоничное	15	35	40	15	20	25	15	50	10	55	-	30	30	30
Резко дисгармоничное	30	15	25	15	35	15	35	-	35	10	40	-	20	10
ИМТ	5	30	20	15	10	35	5	25	5	40	-	15	10	15
ДМТ	40	20	45	15	445	10	45	25	40	25	40	15	40	25

Для 45% здоровых девочек при рождении характерно гармоничное развитие; для 25% и 30%, соответственно, дисгармоничное и резко дисгармоничное с дефицитом массы тела (ДМТ) (35%) и избыточной массой тела (ИМТ) (20%). В возрасте 3 месяцев доля гармоничного развития снижается до 30% при росте дисгармоничного развития до 45% с избыточной массой тела (50%) и дефицитом массы тела (15%). С 6 месяцев и до 2 лет гармоничное физическое развитие является преобладающим для здоровых девочек (60-65%), с колебаниями дисгармоничного и резко дисгармоничного физического развития от 5 до 35%. Количество девочек с ИМТ в возрасте от 6 до 18 месяцев колеблется от 25 до 35%, к 2 годам снижается до 15%. Количество девочек с ИМТ в возрасте от 6 до 24 месяцев колеблется от 5 до 20%.

Для 75% мальчиков при рождении характерно гармоничное физическое развитие, для 25% - дисгармоничное физическое развитие с ДМТ (25%) и ИМТ (10%). Кратковременное снижение показателей гармоничности физического развития здоровых мальчиков в возрасте 3 и 6 месяцев (до 45% и 50%, соответственно) сменяется ростом показателей гармоничности с максимумом в 18 месяцев (90%). Рост доли дисгармоничного развития до 50-55% в 3 и 6 месяцев сменяется стойким снижением до 10-20%. Резко дисгармоничное развитие наблюдается у детей 9, 12, 24 месяцев и составляет от 10 до 20%. Дети с избыточной массой тела составляют 45% (в возрасте 3 месяцев) и 25% (в возрасте 6 месяцев). Во все остальные возрастные периоды их количество не превышает 10%. Дети с дефицитом массы тела во все возрастные периоды составляют 10-20% и только в возрасте 12 месяцев – 30%. Только у девочек наблюдалось: высокое резко дисгармоничное развитие с ИМТ 2 степени во все возрастные периоды с частотой 10-15%, высокое дисгармоничное развитие с ИМТ 1 степени в возрасте 3 и 9 месяцев с частотой 10-15%; высокое

гармоничное развитие с частотой 5-10% в постнеонатальном периоде. Только у девочек в единичных случаях регистрируется: низкое дисгармоничное развитие с ДМТ, низкое резко дисгармоничное развитие с ИМТ 1 степени. Только для мальчиков характерны: нижесреднее дисгармоничное развитие с ДМТ 1 степени (5-15%), высокое гармоничное и высесреднее дисгармоничное развитие с ДМТ 1 степени при рождении. Высокое дисгармоничное развитие с ИМТ 1 степени, высесреднее дисгармоничное развитие с ДМТ 1 степени, среднее дисгармоничное развитие с ДМТ 1 степени и ИМТ 1 степени, низкое дисгармоничное развитие с ДМТ 1 степени регистрируются только на 1 году жизни.

Для 50% девочек с ВПР при рождении характерно гармоничное развитие, для 35% и 15%, соответственно, дисгармоничное и резко дисгармоничное развитие с ИМТ (30%) и ДМТ (20%).

В динамике гармоничное развитие является ведущим для девочек с ВПР (50-70%), с колебаниями доли дисгармоничного развития от 15 до 55% и резко дисгармоничного развития от 0 до 15%. Во все возрастные периоды значимыми видами физического развития являются: среднее гармоничное развитие (25-40%); среднее дисгармоничное развитие с ИМТ 1 степени (10-20%); среднее дисгармоничное развитие с ДМТ 1 степени (5-15%); высокое гармоничное развитие в первые 6 месяцев жизни (10-15%) и нижесреднее гармоничное развитие с 6 месяцев до 2 лет (10-15%). Количество девочек с избыточной массой тела колеблется от 15 до 40%, с ДМТ – от 10 до 25%. Для 55% мальчиков при рождении характерно гармоничное физическое развитие, для 15% - дисгармоничное развитие, для 30% - резко дисгармоничное развитие. Показатели гармоничности колеблются от 35% (в 3 месяца) до 60% (в 18 месяцев). Доля дисгармоничного развития подвержена колебаниям от 10 до 40% и

достигает 30% к 2 годам. Резко дисгармоничное развитие имеет большее значение (20-40%) во все возрастные периоды. Ведущую роль играют следующие виды физического развития: среднее гармоничное развитие (30-35%); низкое резко дисгармоничное развитие с ДМТ 1-2 степени (10-30%); среднее резко дисгармоничное развитие с ДМТ 2 степени (10-20%). Формируется преимущественно за счет дефицита массы тела; дети с ДМТ составляют 40-45% во все возрастные периоды. В группе детей с ВПР не наблюдается: высокое резко дисгармоничное физическое развитие с ИМТ 1 степени, ИМТ 2 степени, ДМТ; среднее резко дисгармоничное развитие с ДМТ 1 степени; низкое дисгармоничное развитие с ИМТ 1 степени и ДМТ 1 степени; нижесреднее дисгармоничное развитие с ДМТ 1 степени.

Среднее гармоничное развитие у девочек с тяжелыми ВПР и летальным исходом регистрируется в 40% случаев, дисгармоничное (высокое) – у 5%, резко дисгармоничное (высокое, среднее, нижесреднего, низкое) – у 55%. В структуре резко дисгармоничного развития преобладает низкое и нижесреднее физическое развитие с дефицитом массы тела 2 степени. Количество девочек с избыточной массой тела достигает 10%, с дефицитом массы тела 2 степени – 35%. Доля гармоничного развития у мальчиков достигает 35% (среднее гармоничное развитие регистрируется у 25% детей, выше среднее гармоничное – у 10%), дисгармоничного – 20% (нижесреднее дисгармоничное 5%, среднее дисгармоничное 10%, выше среднее дисгармоничное 5% детей), резко дисгармоничного – 45% со значительным преобладанием низкого и нижесреднего (35%). Количество мальчиков с дефицитом массы тела 1-2 степени при рождении составляет 60%, с избыточной массой тела 1-2 степени при рождении – 15%.

Заключение. При рождении у здоровых детей преобладает соответствующее возрасту гармоничное физическое развитие (60%). Для детей с врожденными пороками развития характерно: уменьшение доли гармоничного физического развития (53,2%) на фоне роста резко дисгармоничного развития (20,4%), значительная частота детей с ДМТ (30,7%). Для детей с тяжелыми врожденными пороками развития при рождении характерен дисгармоничный морфосоматотип. Доля дисгармоничного физического развития у девочек составляет 60% с преобладанием низких и нижесредних показателей физического развития с дефицитом массы тела 1-2

степени; у мальчиков достигает 65% с преобладанием низкого физического развития и дефицитом массы тела 2 степени. Таким образом, рождение ребенка с резко дисгармоничным развитием, дефицитом массы тела позволяет отнести его к группе риска по врожденным порокам с проведением соответствующих диагностических мероприятий. Дети с диагностированными врожденными пороками развития нуждаются в коррекции метаболических нарушений и белково-энергетической недостаточности.

Список литературы:

1. Вельтищев Ю.Е., Велинская Д.Е. Детская инвалидность: медицинские и социальные аспекты, меры профилактики// Росс.вест. педиатр., перинат. – 2000. – № . – 67 с.
- 2.Верзилина И.Н., Чурносов М.И., Евдокимов В.И., Романова Т.А. Анализ динамики и структуры заболеваемости новорожденных, распространенности врожденных пороков развития в Белгородской области / //Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – Т. 15, № 16(111). – С. 153-158.
- 3.Антонов О.В. Проблемы и перспективы мониторинга врожденных пороков развития у детей //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – №1. – С. 6-8.
- 4.Российский статистический ежегодник [Электронный ресурс]: официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. Москва. – Режим доступа <http://www.gks.ru/> (дата обращения 12.11.2017)
- 5.Всемирная организация здравоохранения. Пороки развития. Информационный бюллетень № 370. - 01.2014. - С. 5-7.
- 6.Саперова Е.В., Вахлова И.В. Комплексная оценка состояния здоровья детей первого года жизни с врожденными пороками сердца // Медицинский совет. – 2017. - № 19. – С. 198-204.
- 7.Палий И.И. Задержка физического развития и сердечная недостаточность при врожденных пороках сердца в зависимости от степени легочной гипертензии у детей/И.И. Палий//Вопросы практической педиатрии, 2011. - №6. – С. 13-16.
- 8.Пермяков И.А., Устинова О.Ю. Показатели физического развития детей с врожденными аномалиями развития, проживающих в различных условиях санитарно-гигиенического благополучия среди обитания //Вестник Пермского университета, 2011. – Вып. 3-4. – С. 69-72.