Фактори соціального впливу на психофізичний розвиток дітей з бронхолегеневою дисплазію / Черненко Л.М., Шипко А.Ф., Авдейчик Є.В. / Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Епідеміологічні дослідження в клінічній та профілактичній медицині: досягнення та перспективи», Харків, 12-13 березня 2015 р. – С. 253-256.

**Фактори соціального впливу на психофізичний розвиток**

**дітей з бронхолегеневою дисплазію**

Черненко Лариса Миколаївна, Шипко Андрій Федорович, Авдейчик Євгенія Вікторівна

Харківський національний медичний університет

Рівень народжуваності недоношених новонароджених у Європі складає 5-9%. В Україні  питома вага передчасних пологів - біля 5%, а в США вона досягає 12-13%, з неухильним зростанням кількості недоношених на протязі останнього десятиліття. За гестаційного віку 5% передчасних пологів відбуваються раніше ніж 28 тижнів, 15% - у 28-31 тижні вагітності, 20% - в 32-33 тижні, а 60-70% недоношених народжуються у 34-36 тижнів гестації. Із них бронхолегенева дисплазія формується у 62% дітей з вагою до 1000 грам, у 39% новонароджених з масою тіла від 1000 до 1500 грам та у 10% немовлят з вагою при народжені більше ніж 1500 грам.

Хворі на бронхолегеневу дисплазію (БЛД) є важливим чинником витрат у галузі охорони здоров'я, які збільшуёються експоненційно зі зменшенням гестаційного віку та ваги. Діти з БЛД мають особливості психічного і фізичного розвитку. У результаті багатомірного аналізу вченими департаменту педіатрії Case Western Reserve University, США доведено зниження показників зросту, маси та індексу маси тіла (ІМТ) у пацієнтів з БЛД чоловічої статі і маси та ІМТ у дітей жіночої статі при досягненні 8-ми річного віку. У жінок ці показники ставали у межах 25-75 перцентілів тільки між 8 і 20 роками життя. Чоловіки і у 20 років були меншими за зростом вагою та ІМТ ніж їх однолітки. Дослідниками департаменту Фоноаудиології, Сан Пауло виявлено дефіцит експресивної та рецептивної слухової та зорової функцій у дітей з БЛД. Діти з бронхолегеневою дисплазією мають часті прояви экстерналізації і інтерналізації своїх проблем, та більш низьку оцінку IQ (P = 0,03). Тому спостереження за цією категорією дітей, вивчення факторів, що впливають на динаміку психофізичного розвитку розглядуються як актуальні питання у більшості країн світу.

У дітей з бронхолегеневою дисплазією можна виділити патофізіологічну та соціальну групи факторів, що впливають на фізичні показники та когнітивні властивості. Серед патофізіологічних факторів: хронічна гіпоксія, незрілість органів і систем, а зокрема головного мозку, серцева недостатність, часті респіраторні інфекції та необхідність отримання тривалої терапії у стаціонарних умовах. Соціально-економічні фактори: можливість забезпечити дитину ліками, збалансованим харчуванням, комфортними умовами проживання, наявність неповної сім’ї, недостатня освіта матері, відсутність можливості чи бажання психічно розвивати дитину. У більшості досліджень робляться висновки про значення систематичного сімейного середовища у дітей перших років життя. Тому важливо визначення когнітивного та фізичного розвитку дітей з БЛД та ступень впливу соціальних факторів на перебіг захворювання, для запобігання негармонійного розвитку дитини.

**Мета.** Удосконалення діагностики фізичного та психічного розвитку дітей хворих на бронхолегеневу дисплазію в залежності від впливу факторів соціального середовища.

**Методи дослідження.** У групу спостереження ввійшло 53 пацієнти з діагнозом бронхолегенева дисплазія у віці від 1 до 3 років. До групи не входили діти з уродженою патологією центральної нервової системи та тяжкими неврологічними порушеннями. Оцінка фізичного розвитку проводилася за центільними графіками. Психічний розвиток дитини визначався за Bayley Scales of Infant Development Second Edition (BSID-II) (1993 р.) яка скорегована під дітей від 1 місяця до 3,5 років. Коефіцієнт надійності теста Бейлі варіює у інтервалі 0,81-0,93, для моторного розвитку 0,68-0,92. При визначені психічного та фізичного розвитку дитини, для уніфікації віку дітей з різними термінами гестації ураховувався скорегований вік, який обчислювався за формулою: СВ= ВД – (40 - ГВ), де СВ – скорегований вік у тижнях, ВД – вік дитини після народження у тижнях, ГВ – гестаційний вік у тижнях. Для зручності сприйняття скорегований вік у тижнях був переведений в місяці. Критерієм   розподілу дітей на групи були: можливість забезпечити дитину ліками, збалансованим харчуванням, комфортними умовами проживання, повнота сім’ї, освіта матері, можливість психічно розвивати дитину. Ці пункти входили у розроблену анкету, на запитання якої відповідала мати дитини. Інформовану згоду всі матері дітей підписували до початку дослідження.

**Результати та їх обговорення.** Всі 53 обстежені дитини були недоношеними, середній гестаційний вік при народжені складав 30,36+2,88 тижнів, маса тіла при народжені – 1636+490,76гр . 65% - пацієнти чоловічої статі, 35%- жіночої.

Діти були розподілені на групи, в залежності від скорегованого віку: І група – від 1 місяця – до 1 року скорегованого віку – 29 (54,7%) пацієнтів, ІІ група – від 1 року до 3-х років скорегованого віку – 24 (45,3%) дітей. При оцінці фізичного розвитку дітей **І групи** маса тіла у 6% дітей досягала середніх величин (50 перцентілів), у 33% пацієнтів – цей показник був 25 перцентілів. Достовірно частіше (53%; р<0,001) маса тіла у дітей першого півріччя життя хворих на БЛД не досягала 5 перцентіля і розцінювалась як низька. У 6% дітей І групи зріст був середнім, у 40% хворих – менш ніж 25 прецентілів, а у 53% - зріст був низьким ( р<0,001). Індекс психічного розвитку (ІПР) та індекс психомоторного розвитку (ІПМР) у більшості (66%; р<0,005) дітей був нижчим за 69, що складало 2,6 стандартного відхилення від середнього показника та розцінювалося як значне відставання у розвитку. 33% хворих на БЛД набрали від 70 до 84 балів (1,2 стандартних відхилення) що розцінено, як помірне відставання у психомоторному розвитку. У першому півріччі життя ні у одного пацієнта не виявлено середнього та випереджувального психомоторного розвитку. Визначені слабкі корелятивні зв’язки між економічним станом сім’ї та відставанням у фізичному (r=+0,348) та психомоторному розвитку (r=+0,456) у дітей першої групи. Такі зв’язки нами розцінені як ймовірний вплив несприятливих умов життя матері на пренатальний період розвитку: важка фізична праця, нутріітивна недостатність, некомфортні умови проживання. Залежності розвитку дитини від освіти матері та повноти сім’ї виявлено не було.

У дітей **ІІ групи** маса тіла у 42% хворих досягала 5 перцентіля, 58% пацієнтів мали середню масу тіла (25-50 перцентілів). Зріст у 7% хворих досягав 75 перцентіля, у 50% зріст коливався в межах 25- 50 перецентілів і у 43% дітей - залишався меншим за 3 перцентіль. Можна говорити про тенденцію до досягнення середніх показників фізичного розвитку у половини дітей з БЛД другого року життя. Індекс психічного та психомоторного розвитку у більшості хворих (78%) залишався нижчим за 69 – значне відставання у розвитку, у 4 пацієнтів (22%) визначено помірну затримку психічного і моторного розвитку. На другому році життя хворі на БЛД достовірно відставали у психомоторному розвитку (р<0,001). Резюмуючи дані можна заключити про наявність затримки психомоторного розвитку у дітей з БЛД у другому році життя нарівні з покращенням показників фізичного розвитку.

Виявлені сильні корелятивні зв’язки між відсутністю батьківського піклування та відставанням у фізичному ( r=+0,796) і психомоторному розвитку дітей (r=+0,789). У 35,7% пацієнтів з низькім економічним станом (за оцінкою батьків) виявлена кореляція тільки з ІПМР ( r=+0,645), що ймовірно пов’язано, не тільки з особливостями розвитку дітей хворих на БЛД, а і з недостатньої участю батьків у психічному розвитку дитини.

Аналізуючи дані катамнезу можна сказати про тенденцію до більш повільного зростання маси тіла на третьому році життя у порівнянні з показниками зросту (р<0,001). Індекси психічного і психомоторного розвитку у п’яти дітей (50%) досяг нормальних показників, у половини - виявлено помірне відставання у розвитку. Значного відставання у розвитку не виявлено ні у однієї дитини. Всі діти третього року життя виховувались в сім’ях, у п’яти пацієнтів (50%) сім’я була неповною, вісім матерів (80%) були з середньою освітою, дві (20%) - з вищою. У чотирьох хворих на БЛД (40%) економічний стан був незадовільний. Визначені сильні корелятивні зв’язки між економічним станом сім’ї та відставанням у фізичному (r=+0,856) та психомоторному розвитку (r=+0,901) у дітей ІV групи. Також доведені сильні корелятивні зв’язки між повнотою сім’ї та відставанням у масо-зрістових показниках (r=+0,789) та ІПМР (r=+0,886). Таким чином, у дітей хворих на БЛД 24-36 місяців життя психофізичний розвиток має тенденцію до приближення до нормальних показників. Динаміка поліпшення розвитку на третьому році життя значно залежить від соціально-економічного стану та повноти сім’ї у якої розвивається дитина з бронхолегеневою дисплазією.

**Висновки.**

1. У першому півріччі життя діти хворі на БЛД мають низьку масу тіла, низькі показники зросту та значне відставання у психомоторному розвитку. Має місце залежність між економічним станом сім’ї та відставанням у фізичному та психомоторному розвитку, що розцінено як ймовірний вплив несприятливих умов життя матері на пренатальний період розвитку: важка фізична праця, нутріітивна недостатність, некомфортні умови проживання.
2. Друге півріччя життя дитини з БЛД має тенденцію до досягнення нижньої межи середніх показників фізичного розвитку (5-25перцентіль), нарівні зі збереженням низьких позицій щодо психомоторного розвитку дитини. Вплив на психофізичний розвиток дитини оказують відсутність батьківського піклування та низький економічний стан сім’ї.
3. Аналізуючи дані фізичного розвитку дітей третього року життя можна сказати про тенденцію до більш повільного зростання маси тіла у порівнянні з показниками зросту. Психомоторний розвиток має тенденцію до приближення до нормальних показників. Динаміка поліпшення розвитку на третьому році життя значно залежить від соціально-економічного стану та повноти сім’ї у якої розвивається дитина з бронхолегеневою дисплазією.