РОЛЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА В РОЖДЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА*Акрамова Х.А., Ахмедова Д.И.*

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан.

Введение. Многолетние наблюдения исследователей за развитием детей, рожденных от матерей с диагностированной плацентарной недостаточностью (ПН), показали, что данная патология обуславливает не только резкое увеличение перинатальной смертности, но и многочисленные изменения в организме ребенка. Плацентарный фактор роста (PLGF) — клеточные полипептиды, способные стимулировать или тормозить рост тканей, в том числе кровеносных сосудов являются одним из важнейших регуляторов формирования плаценты и васкуляризации ее ворсин.

Цель исследования — изучить уровень PLGF среди матерей в формировании низкой массы тела у новорожденных

Материалы и методы. Под наблюдением находились 88 матерей и их дети, из них 38 матерей, родивших здоровых новорожденных с нормальным весом (контрольная группа) и 50 матерей родивших новорожденных с низкой массой тела (основная группа). Анализ клинико-анамнестических данных показал, что указанные группы репрезентативны. Для измерения уровня человеческого PIGF (пг/мл) в сыворотке крови матерей использовали иммунологический метод Quantikine Human PIGF, основанный на применении твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты. При анализе уровней человеческого PIGF в сыворотке крови матерей основной и контрольной группы оказалось, что в основной группе уровень PIGF достоверно ниже ($p < 0,01$), чем в контрольной группе (соответственно $84,3 \pm 13,4$ и $275,0 \pm 126,5$ пг/мл). Данный факт может свидетельствовать о нарушении процессов инвазии ворсин хориона и формировании недостаточности второй волны инвазии трофобласта в условиях низкого уровня PIGF

В ходе исследования выявлено влияние показателей PIGF на состояния здоровья новорожденных. В контрольной группе в состоянии асфиксии легкой степени родились достоверно меньше новорожденных, чем у новорожденных с низкой массой тела (4,8% и 14,3%, $\wedge < 0,05$).

Выводы. Низкий уровень PIGF (ниже 100 пг/мл) в сыворотке крови матерей свидетельствует о высоком риске развития задержки внутриутробного развития плода, что подтверждается корреляционной связью между уровнем PIGF и с частотой формирования данной патологии. На состояние здоровья новорожденных с низкой массой тела имеет непосредственное влияние низкий уровень PIGF их матерей.

ДИНАМИКА ПРИРОСТА МАССЫ ТЕЛА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ*Алямовская Г.А., Сахарова Е.С., Кешишян Е.С.*

ОСП НИКИ им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва. .

Актуальность. Бронхолегочная дисплазия (БЛД) обнаруживается у 6,7-49% детей раннего возраста, родившихся с массой тела менее 1500 г. Частота тяжелой БЛД находится в обратной зависимости от гестационного возраста и составляет примерно 16% для всех недоношенных детей с гестационным сроком менее 32 недель. Помимо хронизации болезней органов дыхания, одним из последствий БЛД является отставание в физическом развитии. Современные стандарты выхаживания создают условия для становления и пролонгирования грудного вскармливания, а появление на российском рынке обогащенных грудного молока решило проблему для обеспечения адекватной калорийности питания при грудном вскармливании недоношенных детей. Обогащение грудного молока или использование специализированной смеси для недоношенных детей (при невозможности грудного вскармливания) позволяет обеспечить темпы прироста массы тела как к 40 неделям постконцептуального возраста, так и далее на протяжении первых месяцев после выписки из стационара.

Методы исследования. Обследовано 78 недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г, с гестационным возрастом менее 32 недель, с установленным диагнозом бронхолегочной дисплазии при этом тяжелая форма БЛД отмечалась у 24 детей (группа 1), что составило 30,8%, легкое течение БЛД — у 54 детей (группа 2) — 69,2%. Период наблюдения продолжался с момента выписки из стационара II этапа выхаживания и до 14-16 месяцев жизни (то есть 12 месяцев скорректированного возраста). Оценивался прирост массо-ростовых показателей в зависимости от вида вскармливания на протяжении всего периода наблюдения.

Результаты исследования. К 12 месяцам скорректированного возраста показателями массы тела, соответствующие возрасту, имели 10 (41,7%) детей 1 группы и 35 (64,8%) — 2 группы. Сопоставление видов вскармливания на первом году жизни с показателями массы тела к 12 месяцам скорректированного возраста показало, что наибольший процент детей с соответствующими показателями массы тела отмечался среди детей, вскармливаемых обогащенным грудным молоком, а также находящихся на смешанном вскармливании с добавлением специализированной смеси для недоношенных детей, причем данная тенденция отмечалась в обеих группах, независимо от тяжести течения бронхолегочной дисплазии. Длительное (до 5,5