

BEWERTUNG VON RISIKOFAKTOREN FÜR DIE GEBURT VON NEUGEBORENE MIT NIEDRIGEM GEBURTSGEWICHT JE NACH VERLAUF DER SCHWANGERSCHAFT

Akramova Kh. A., Akhmedova D. I. Khaybullina Z. R.

Taschkent Pädiatrisches Medizinisches Institut,
Republikanisches spezialisiertes wissenschaftliches und praktisches medizinisches
Zentrum für Pädiatrie
a.hursanoy.a@mail.ru

Anmerkung. Der Artikel präsentiert die Ergebnisse der Anamnese und klinischen Beobachtung von 272 Müttern im Krankenhaus, von denen 83 Mütter Frühgeborene mit niedrigem Körpergewicht in Verhältnis zum Gestationsalter hatten (Gruppe 1); 102 Mütter waren volljährig, aber mit niedrigem Körpergewicht (Gruppe 2). Die Kontrollgruppe bestand aus 87 Frauen, deren Neugeborene termingerecht geboren wurden und das Körpergewicht dem Gestationsalter entsprach.

Bei der Untersuchung der Risikofaktoren für die Geburt von Kindern mit niedrigem Körpergewicht wurden bei den Müttern charakteristische unbefriedigende Material- und Lebensbedingungen, eine turbulente psychische Situation in der Familie, psychische Belastungen während der Schwangerschaft, eine belastete geburtshilfliche und gynäkologische Vorgeschichte sowie Komplikationen während der Schwangerschaft festgestellt. Die Analyse der Risikofaktoren für die Geburt von Kindern mit niedrigem Körpergewicht bestätigte deren multifaktorielle Natur. Schlüsselwörter: Geschichte; Risikofaktoren; kleine Kinder; Präeklampsie; Gestationsalter; Schwangerschaft.

Einführung. Probleme der Mutterschaft und der Kindheit stehen ständig im Fokus und sind eine der vorrangigen Richtungen der Entwicklung der nationalen Gesundheitsversorgung. Eines der drängendsten Probleme der Geburtshilfe und Neonatologie sind Fehlgeburten und die Geburt von Kindern mit geringem Körpergewicht (unter 2500 g) als Folge einer Frühgeburt oder einer intrauterinen Wachstumsverzögerung [5]. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation bleibt das Problem der Pflege von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht aufgrund der relativ hohen Sterblichkeitsrate weiterhin relevant. Von den 2,7 Millionen Todesfällen von Neugeborenen sind 60-80% Frühgeborene und / oder Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht [10,11]. Die perinatale Sterblichkeit bei voll ausgetragenen Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht ist 3-8 mal höher als bei normalgewichtigen Kindern und steht an zweiter Stelle in der Struktur der perinatalen Verluste nach der Frühgeburt [6, 9]. Frühgeborene sterben 30-35-mal häufiger als rechtzeitig geborene Babys, und die perinatale Sterblichkeit bei Frühschwangerschaften ist 30- bis 40-mal höher als bei einer termingerechten Entbindung. Bei Kindern, die mit niedrigem Körpergewicht geboren wurden, überschreiten gesunde Kinder nicht 10-25%, und der Prozentsatz schwerer neurologischer Störungen (Behinderung von Kindheit an - Zerebralparese, Blindheit, Taubheit, geistige Behinderung) variiert zwischen 12 und 32%. Bei 32,5% der mit niedrigem Geburtsgewicht geborenen Kinder bleiben Abweichungen in der körperlichen Entwicklung auch im Alter von 1 Jahr bestehen [2,12].

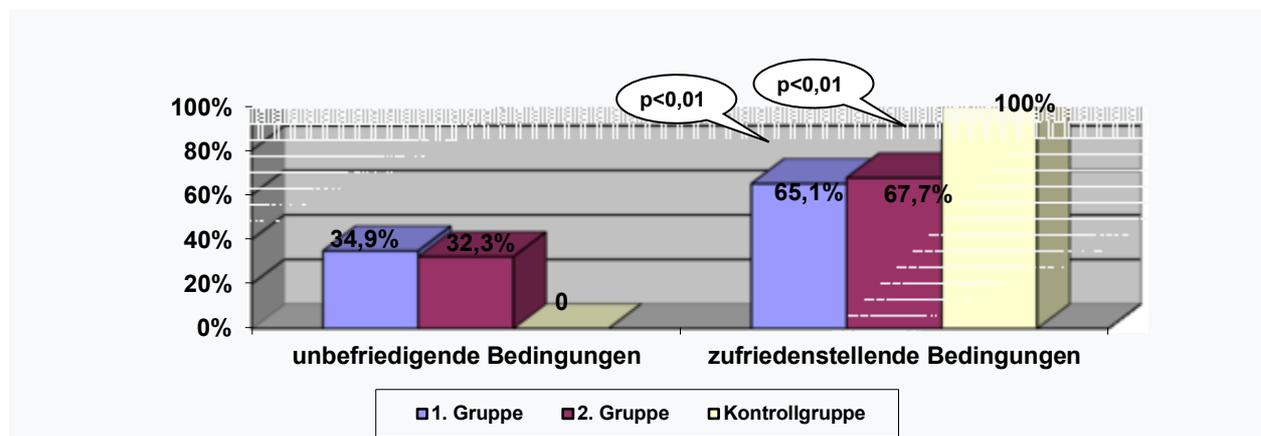
In den letzten Jahrzehnten haben sich die Probleme der Pflege, Morbidität und Die Sterblichkeit von Frühgeborenen ist besonders relevant geworden. Viele Faktoren, insbesondere eine Zunahme der Häufigkeit verschiedener Pathologien bei Frauen im gebärfähigen Alter, sowohl Erkrankungen des Urogenitalbereichs als auch extragenital, tragen zu einem vorzeitigen Schwangerschaftsabbruch bei [3,4].

Die aktuellen Ansätze zur Einschätzung der Schwere der Erkrankung basieren auf der Diagnose, Risikofaktoren der eingesetzten Therapie und Veränderungen der physiologischen Funktionen des Körpers des Neugeborenen. Der wahre Zustand des Patienten wird jedoch nur durch den letzten der aufgeführten Faktoren bestimmt. Dies ist der Grund für die aktive Suche nach neuen Markern, die diagnostische und prognostische Bedeutung für die Entwicklung des pathologischen Prozesses

haben [1, 7, 12]. Laut Literatur ist eine chronische urogenitale Infektion der Mutter eine ziemlich häufige Ursache für eine Wachstumsverzögerung des Fötus. Infektions- und entzündlich Erkrankungen einer schwangeren Frau führen zur Entwicklung einer fetal-plazentaren Insuffizienz, die sich in einer Verletzung des uteroplazentaren und fetalen Blutflusses äußert, was wiederum zu einer unzureichenden Versorgung des Fötus mit Sauerstoff, Energie und plastischen Substanzen führt, und eine Verletzung der normalen Homöostase. Bei der Genese der intrauterinen Wachstumsretardierung ist auch die direkte zytopathische Wirkung von Erregern perinatal signifikanter Infektionen von Bedeutung [8]. Die Bedingungen der intrauterinen Entwicklung des Fötus sowie das soziale Umfeld, in dem seine Eltern leben, sind grundlegend für die spätere Entwicklung des Kindes. Von der Schwangerschaft über das Säuglingsalter, die frühe Kindheit und das Vorschulalter, extreme Armut, Unsicherheit, schlechte Umweltbedingungen und eine schlechte psychische Gesundheit der Eltern verringern die Fähigkeit von Familien und Betreuern, kleine Kindern Schutz, Unterstützung und Entwicklung zu bieten. [13].

Zweck der Studie. Es sollte die prognostische Bedeutung vorgeburtlicher Risikofaktoren bei der Geburt von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht untersucht werden.

Wir haben die Merkmale des geburtshilflich-gynäkologischen und somatischen Status der Mütter der untersuchten Neugeborenenengruppen untersucht. Die Studie basiert auf der Datenerhebung von Anamnese und klinischer Beobachtung von 272 Müttern im Krankenhaus, davon: 83 Mütter hatten Frühgeborene mit niedrigem Körpergewicht im Verhältnis zum Gestationsalter (Gruppe 1); bei 10 Müttern wurden Kinder mit geringem Körpergewicht im Verhältnis zum Gestationsalter reif geboren (Gruppe 2); die Kontrollgruppe bestand aus 87 Frauen, deren Neugeborene termingerecht ($38,4 \pm 6,3$ Wochen) geboren wurden und das Körpergewicht dem Gestationsalter entsprach. Bei der Analyse der sozialen Faktoren der untersuchten Familien zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied in den materiellen und Lebensbedingungen. So bewerteten in Gruppe 1 der Kinder 34,9% der Mütter (29) ihre materiellen und Lebensbedingungen als unbefriedigend ($p < 0,01$). In Gruppe 2 leben 32,3% (30) Familien in unbefriedigenden materiellen und Lebensbedingungen ($p < 0,01$). Während in der Kontrollgruppe alle Mütter (100,0 %) ihre Lebensbedingungen als zufriedenstellend ansahen (Abb. 1).



P < 0,01 - Zuverlässigkeit der Daten gegenüber der Kontrollgruppe

Zeichnung. 1. Materielle und Lebensbedingungen von Familien

Bei der Erfassung der psychischen Situation in der Familie traten Konflikte in Gruppe 2 und in der Beobachtungsgruppe 1 statistisch signifikant häufiger auf - in 39,8% bzw. 34,4% der Familien und nur in 16,1% der Familien der Kontrollgruppe ($p < 0,05$).

Wie aus unserer Studie hervorgeht, sind die wichtigsten sozialen Faktoren, die die Geburt eines Kindes mit geringem Körpergewicht beeinflussen, unbefriedigende Material- und Lebensbedingungen sowie ein turbulentes psychisches Umfeld in der Familie.

Das Durchschnittsalter der Mütter der Kinder der 1. Gruppe betrug $28,3 \pm 0,78$ Jahre, der Säugling der 2. Gruppe - $27,0 \pm 0,75$ Jahre, in der Kontrollgruppe - $27,9 \pm 0,68$ Jahre, ohne signifikant Unterschiede ($p > 0,05$).

Die Ordnungszahl dieser Schwangerschaft bei den Müttern der untersuchten Neugeborenenengruppe ist in Tabelle 1 dargestellt. In der Vergleichsgruppe überwogen Kinder aus der erste Schwangerschaft - 52,9%. In der ersten Gruppe waren 38,6% der Erstschwangeren, in der zweite - 43,0%. In der 1. Kindergruppe brachten Frauen ab der 4. und darüber hinaus statistisch signifikant häufiger Geburten zur Welt – 22,9 % als in der Kontrollgruppe – 5,7 % ($p < 0,05$).

Tabelle 1.
Die Seriennummer dieser Schwangerschaft bei den untersuchten Müttern von Neugeborenen

Schwangerschaftssequenznummer	Gruppe 1 (n = 83)		Gruppe 2 (n = 102)		Kontrollgruppe (n = 87)	
	Abc.	%	Abc.	%	Abc.	%
1.Schwangerschaft	32	38,6±5,3*	40	43±5,1	46	52,9±5,3
2.Schwangerschaft	18	21,7±4,5	25	26,9±4,6	22	25,3±4,7
3. Schwangerschaft	14	16,7±4,1	12	12,9±3,5	14	16,1±3,9
4.Schwangerschaft	19	22,9±4,6*	16	17,2±3,9*	5	5,7±2,5

Notiz. * - Zuverlässigkeit der Daten in Bezug auf die Kontrollgruppe ($P < 0,05$).

Eine retrospektive Bewertung von Erkrankungen des Fortpflanzungssystems (chronische Adnexitis, chronische Salpingoophoritis, Endometritis, Endometriose) bei den Müttern der untersuchte Gruppen ergab, dass diese Erkrankungen bei allen Müttergruppen der untersuchten Kinder ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen auftraten ($p > 0,05$).

Tabelle 2. zeigt den somatischen Status der Mütter zum Zeitpunkt des Einsetzens und während der Schwangerschaft in den von uns untersuchten Neugeborenenengruppen. Bei der Untersuchung somatischer Erkrankungen der Mütter der von uns untersuchten Neugeborenen ergaben sich keine Regelmäßigkeiten. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass chronische Cholezystitis und Fälle von akuten Atemwegsinfektionen bei Müttern der Kontrollgruppe häufiger auftraten als bei Frauen der Gruppen 1 und 2 ($p < 0,05$); Schilddrüsenerkrankungen und chronische Bronchitis hingegen waren in der Gruppe der Mütter der Gruppe 1 signifikant häufiger als in der Kontrollgruppe ($p < 0,05$).

Eine Mangelanämie trat bei Müttern in allen 3 Gruppen auf, mit einem unbedeutenden Übergewicht in Gruppe 1 (35,6% bzw. 41,0%). Es sollte jedoch beachtet werden, dass der Schweregrad in Gruppe 1 im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt wurde, wo 1 Anämiegrad vorherrschte. Somit war die Mangelanämie der Mütter ein wesentlicher provozierender Faktor bei der Geburt von Kindern mit niedrigem Körpergewicht.

Tabelle 2.
Somatischer Status der Mütter untersuchter Neugeborener

Schilder	1.Gruppe (n=83)		2.Gruppe (n=102)		Kontrollgruppe (n=87)	
	Aбс.	%	Aбс.	%	Aбс.	%
Chronische Pyelonephritis	13	15,7±3,9	13	14,0±3,6	10	11,5±3,4
Chronische Cholezystitis	0	0,0±0,0	4	4,3±2,1^	7	8,0±2,9
Chronische Gastritis	2	2,4±1,7	7	7,5±2,7	7	8,0±2,9
Chronische Bronchitis	9	10,8±3,4*	4	4,3±2,1*	0	0,0±0,0
Chronische Virushepatitis B	0	0,0±0,0	2	2,2±1,5	0	0,0±0,0
Erkrankungen des autonomen Nervensystems	9	10,8±3,4	11	11,8±3,3	7	8,0±2,9
Hohe Myopie	7	8,4±3,1	9	9,7±3,1	7	8,0±2,9
Fälle von akuten Atemwegsinfektionen außerhalb der Schwangerschaft	9	10,8±3,4*	21	22,6±4,3*	34	39,1±5,2
Endokrine Erkrankungen (Schilddrüsenerkrankungen)	9	10,8±3,4*	7	7,5±2,7^*	0	0,0±0,0
Mangelanämie	34	41,0±5,4	36	38,7±5,1	31	35,6±5,1

Notiz. * - Zuverlässigkeit der Daten in Bezug auf die Kontrollgruppe (P <0,05); ^ - Zuverlässigkeit der Daten zwischen den Gruppen 1 und 2 (P <0,05)

Eine vergleichende Studie zu während der Schwangerschaft nachgewiesenen Infektionen zeigt statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Studiengruppen.

TORCH-Infektionen traten am häufigsten in der 1. Gruppe von Müttern (p <0,05) im Vergleich zu 2. und Kontrollgruppe (24,1 %, 21,2 % bzw. 9,2 %) auf. Die Exazerbation der chronische Pyelonephritis war in der Gruppe der Mütter von Frühgeborenen statistisch signifikant häufiger als in der Kontrollgruppe (p < 0,05). Candida-Vaginitis, sexuell übertragbare Infektionen (STIs) und akute Atemwegsinfektionen traten in Gruppe 1 der Mütter häufiger auf als in der Kontrollgruppe (< 0,05).

Tabelle 3.
Während der Schwangerschaft entdeckte und behandelte Infektionen bei Müttern von Neugeborenen

Schilder	1. Gruppe (n=83)		2. Gruppe (n=102)		Kontrollgruppe (n=87)	
	Añc.	%	Añc.	%	Añc.	%
Candida-Vaginitis	24	28,9±4,9*	11	11,8±3,3^	9	10,3±3,3
Akute Atemwegserkrankungen	6	7,2±2,8	5	5,4±2,9	3	3,4±1,9
Verschlimmerung der chronischen Pyelonephriti	11	13,3±3,7*	6	6,5±2,5^*	0	0±0,0
Infektionen	6	7,2±2,8	3	3,2±1,8	3	3,4±1,9
TORCH	20	24,1±4,7*	11	21,2±3,3^*	8	9,2±3,1

Notiz. * - Zuverlässigkeit der Daten in Bezug auf Gruppe 3 (P <0,05); ^ - Zuverlässigkeit der Daten zwischen den Gruppen 1 und 2 (P <0,05)

Tabelle 4. zeigt die geburtshilfliche Anamnese der Mütter der untersuchten Neugeborenenengruppen. Es ist zu beachten, dass die häufigste und bedeutendste Komplikation der geburtshilflichen und gynäkologischen Vorgeschichte bei den Müttern der untersuchten Gruppen kleiner Neugeborener ein Spontanabort vor dieser Schwangerschaft war. So hatte in der Kontrollgruppe eine Vorgeschichte von Spontanaborten 23,1 % der Mütter von ausgetragenen Babys mit niedrigem Körpergewicht, 24,1 % der Mütter von Frühgeborenen, 5,7 % der Mütter von Neugeborenen in der Kontrollgruppe (p < 0,05). Eine häufige erschwerende Ursache der geburtshilflichen und gynäkologischen Vorgeschichte war auch ein medizinischer Schwangerschaftsabbruch vor der eigentlichen Schwangerschaft. Bei Müttern von Kindern der Gruppe 2 kam es in 34,4% der Fälle zu einem medizinischen Schwangerschaftsabbruch, bei Müttern von Kindern der Gruppe 1 - in 16,9% wurde ein medizinischer Schwangerschaftsabbruch auch bei 27,6% der Mütter von Neugeborenen in der Kontrollgruppe registriert. Bei den übrigen Indikatoren fanden wir keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Anamnese der Mütter der untersuchten Neugeborenen. Bei den Müttern der 1. Gruppe endete die Vorgeburt in 8,4 % der Fälle mit einem Kaiserschnitt in der 2. Gruppe – in 9,7 % der Fälle wurde in der Kontrollgruppe kein vorheriger Kaiserschnitt registriert

Tabelle 4.
Geburtsanamnese von Müttern von Neugeborenen

Schilder	1.Gruppe (n=83)		2.Gruppe (n=102)		Kontrollgruppe (n=87)	
	Añc.	%	Añc.	%	Añc.	%
Spontane Abtreibung	20	24,1±4,7*	22	23,7±4,4*	5	5,7±2,5
Medizinische Abtreibung	14	16,9±4,1	32	34,4±4,9^	24	27,6±4,8
Sekundäre Unfruchtbarkeit	4	4,8±2,4	3	3,2±1,8	2	2,3±1,6
Myom der Gebärmutter	4	4,8±2,4*	0	0±0,0^	0	0±0,0
Frühgeburt	0	0,0±0,0	4	4,3±2,1^*	0	0±0,0
Kaiserschnitt	7	8,4±3,1*	9	9,7±3,1*	0	0±0,0

Notiz. * - Zuverlässigkeit der Daten in Bezug auf Gruppe 3 ($P < 0,05$); ^ - Zuverlässigkeit der Daten zwischen den Gruppen 1 und 2 ($P < 0,05$).

Eine vergleichende Einschätzung des Verlaufs dieser Schwangerschaft bei den Müttern der untersuchten Neugeborenenengruppen ist in Tabelle 5 dargestellt.

Die häufigsten, statistisch signifikanten Schwangerschaftskomplikationen bei der Geburt von Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht waren der drohende Schwangerschaftsabbruch und die chronische Plazentainsuffizienz ($p < 0,05$). Nephropathien traten im Vergleich zur Kontrollgruppe statistisch signifikant häufiger auf, während in der Kontrollgruppe Schwangerschaftskomplikationen wie Präeklampsie und Wassersucht bei Schwangeren häufiger auftraten ($p < 0,05$).

Tabelle 5.
Merkmale des Schwangerschaftsverlaufs von Müttern neugeborener Kinder

Schilder	1. Gruppe (n=83)		2. Gruppe (n=102)		Kontrollgruppe (n=87)	
	Abc.	%	Abc.	%	Abc.	%
Präeklampsie	7	8,4±3,1*	5	5,4±2,3*	27	31,0±4,9
Drohender Schwangerschaftsabbruch	38	45,8±5,5*	48	51,6±5,2*	22	25,3±4,7
Unterernährung	13	15,7±3,9	11	11,8±3,3	10	11,5±3,4
Polyhydramnion	0	0,0±0,0	5	5,4±2,3^	7	8,0±2,9
Nephropathie	14	16,9±4,1*	14	15,1±3,7*	0	0±0,0
Chronische Plazentainsuffizienz	34	41,0±5,4*	43	46,2±5,2*	0	0±0,0
Narbe an der Gebärmutter	7	8,4±3,1*	9	9,7±3,1*	0	0±0,0

Notiz. * - Zuverlässigkeit der Daten in Bezug auf Gruppe 3 (P <0,05); ^ - Zuverlässigkeit der Daten zwischen den Gruppen 1 und 2 (P <0,05).

Wie aus Tabelle 6 ersichtlich ist, war bei den meisten Frauen in allen untersuchten Kindergruppe das Fruchtwasser transparent, in der Kontrollgruppe signifikant stärker als bei Müttern von Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht (p < 0,001).

Blutiges Fruchtwasser wurde nur bei Müttern von Frühgeborenen berichtet. Mekonium Fruchtwasser wurde nur bei Frauen gefunden, die reife Neugeborene mit normalem Körpergewicht zur Welt brachten.

Tabelle 6.
Merkmale des Fruchtwassers von Müttern von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht

Schilder	1. Gruppe (n=83)		2. Gruppe (n=102)		Kontrollgruppe (n=87)	
	Ābc.	%	Ābc.	%	Ābc.	%
Fruchtwasser ist klar	48	57,8±5,4*	67	72,0±4,6*^	78	89,7±3,2
Fruchtwasser blutig	27	32,5±5,1	20	21,5±4,3	0	0,0±0,0
Fruchtwasser mekonial	0	0,0±0,0	0	0,0±0,0	7	8,0±2,9
Das Fruchtwasser ist schlammig	8	9,6±3,2*	6	6,5±2,5*	2	2,3±1,6

Notiz. * - Zuverlässigkeit der Daten in Bezug auf Gruppe 3 (P <0,05); ^ - Zuverlässigkeit der Daten zwischen den Gruppen 1 und 2 (P <0,05)

Tabelle 7 zeigt die zusammenfassende Anamnese (geburtshilflich-gynäkologisch und somatisch) der Mütter der untersuchten Neugeborenen. Es zeigt sich, dass die belastete geburtshilflich-gynäkologische Anamnese und Komplikationen während der Geburt (pathologische Vorlaufphase, Wehenschwäche, primär und sekundär, vorzeitige Ablösung der normal lokalisierten Plazenta) in zwei Gruppen von Frühgeborenen statistisch signifikant häufiger auftraten (p < 0,05).

Tabelle 7.
Zusammenfassende Anamnesetabelle von Müttern von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht

Schilder	1. Gruppe (n=83)		2. Gruppe (n=102)		Kontrollgruppe (n=87)	
	Aбс.	%	Aбс.	%	Aбс.	%
Somatische Erkrankungen	70	84,3±3,9*	67	72,0±4,6^	55	63,2±4,2
Komplizierte geburtshilfliche und gynäkologische Anamnese	49	59,0±5,4*	53	57,0±5,1*	27	31,0±4,9
Komplikationen im Verlauf einer echten Schwangerschaft	75	90,4±3,2*	75	80,6±2,9^*	32	36,8±4,0
Komplikationen des Arbeitsverlaufs	59	71,1±4,9	61	65,6±4,9	10	11,5±3,4

Anmerkung: * - Zuverlässigkeit der Daten für die Kontrollgruppe (* -P <0,05; ** - P <0,01; *** - P <0,001); ^ - Zuverlässigkeit der Daten zwischen 1. und 2. Gruppe (^ -P <0,05; ^^ - P, 001)

Es zeigte sich, dass bei Müttern von Kindern mit niedriges Körpergewicht in zwei Gruppen in Vergleich zur Kontrollgruppe (p < 0,05).

Wie aus Tabelle 8 ersichtlich, wurde ein hohes relatives Risiko, Kinder mit geringem Körpergewicht zu bekommen, bei Schwangeren mit Anzeichen einer fetalen Wachstumsverzögerung (Choriondicke) laut Ultraschalluntersuchung (OR = 11,58), mit Anämie (OR = 8,17) beobachtet andere Ernährungsstörungen (OR = 5,75), fetoplazentare Insuffizienz (OR = 5,46).

Tabelle 8.
Bewertung von Risikofaktoren für Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht je nach Schwangerschaftsverlauf

Risikofaktor	Attributives Risiko	Relatives Risikoverhältnis
Schilder für Ultraschalluntersuchung	0,91	11,58
Anämie	0,88	8,17
Essstörung	0,84	5,75
Multiple Schwangerschaft	0,82	5,58
PlazentainsuffizienzProteinurie	0,81	5,46
Proteinurie	0,79	4,86
Arterieller Hypertonie	0,77	4,41
Infektion	0,76	4,23
Drohender Schwangerschaftsabbruch	0,76	4,23
Präeklampsie	0,64	3,28

Das Risikoverhältnis für Manifestationen von Proteinurie und Präeklampsie reichte von 4,86 bis 3,28, was auf einen direkten Zusammenhang zwischen diesen Erkrankungen und der Schwere ihres Einflusses hinweist. Bei Schwangeren mit den oben genannten Komplikationen wurden dreimal häufiger Kinder mit einem im Verhältnis zum Gestationsalter geringen Körpergewicht geboren, verglichen mit Schwangeren mit normaler Nierenfunktion und normalem Blutdruck.

So zeichneten sich Mütter von Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht durch unbefriedigende Lebensbedingungen, eine unruhige psychische Situation in der Familie, psychische Belastungen während der Schwangerschaft, eine belastete geburtshilfliche und gynäkologische Vorgeschichte und Komplikationen bei der Geburt aus. Die Analyse der Risikofaktoren für die Geburt von Kindern mit niedrigem Körpergewicht bestätigte den multifaktoriellen Charakter ihres Auftretens. Basierend auf den obigen Ausführungen variiert das Risiko, ein Kind mit niedrigem Körpergewicht zu bekommen, stark und hängt stark von den Risikofaktoren ab, die es verursacht haben, den Kriterien, die seiner Berechnung zugrunde liegen.

ELSEVIER



SSRN

Universal
Impact Factor

