

УДК: 616-053.4-007/-008-07-02:618.3-06:613.81  
DOI: 10.24061/2413-4260.VII.4.26.2017.8

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ

*О.О. Різа, Н.М. Коновалова*

Харківський національний медичний університет МОЗ України  
(м. Харків, Україна)

**Резюме.** У статті представлено аналіз перебігу перинатального періоду 85 дітей, матері яких вживають алкоголь. При поступленні дітей від матерів, які вживають алкоголь, у медичній документації існує брак інформації щодо перебігу вагітності та пологів у зв'язку із асоціальним способом життя таких жінок. Лікарями не уточнюється провідний комплекс проявів перинатальної дії алкоголю на дитину, а іноді, взагалі не описуються його клінічні прояви. Перинатальний період дітей, народжених від матерів, які вживають алкоголь, характеризувався низкою несприятливих чинників дії на плід, зокрема соціального, токсичного й інфекційного походження. Токсична дія алкоголю спричинила затримку внутрішньоутробного розвитку у 41 дитини та на розвиток вроджених дефектів у 44 з 85 дітей. Передчасне народження відбулося у 47 дітей. Жорстоке поводження з дітьми відзначено у двох випадках. Автори вважають, що діти, народжені від матерів, які вживають алкоголь, потребують ранньої діагностики розладів фетоалкогольного спектру та ретельного медичного спостереження.

**Ключові слова:** діти; розлади фетоалкогольного спектру.

### Вступ

Пренатальний вплив алкоголю є провідною запобіжною причиною вроджених вад та інвалідності. Розлад алкогольного спектра (РФАС) - термін, який використовується для опису фізичних, психічних, поведінкових та когнітивних ефектів, які можуть виникнути у осіб з пренатальним впливом алкоголю [1, 2]. РФАС не є діагностичним терміном, але включає групу специфічних захворювань з легкими та тяжкими фенотипами [3]: алкогольний синдром плоду (ФАСП), частковий алкогольний синдром плоду (ЧАСП), неврологічні розлади внаслідок пренатального впливу алкоголю (НРПА), нейро-поведінкові розлади, пов'язані з експозицією пренатального алкоголю (НП-ПЕА), вроджені дефекти, пов'язані з алкоголем (ВДПА) [4 - 6].

Споживання алкоголю під час вагітності є поширеним явищем. Так, Centers for Disease Control and Prevention Surveillance (США) повідомили що 10,2% вагітних жінок в США вживають алкоголь [7]. Епідеміологія вживання алкоголю в Україні не визначена. Останнім часом все більше ця проблема цікавить науковців та клініцистів, оскільки публікуються результати численних опитувань вагітних жінок [8].

На теперішній час безпечний рівень споживання алкоголю під час вагітності не визначено, але, оскільки алкоголь є тератогеном, який впливає на ріст і розвиток плода на всіх стадіях вагітності, національні рекомендації багатьох країн та медичні товариства рекомендують повне утримання від алкоголю під час вагітності [9].

**Мета і завдання дослідження:** вивчити особливості перебігу перинатального періоду у дітей, які зазнали дії алкоголю внаслідок вживання його матерями під час вагітності.

### Матеріали та методи

Нами проведено ретроспективно аналіз перебігу вагітності матерів та неонатального періоду летальних випадків у 85 дітей раннього віку, на-

роджених від матерів, які вживають алкоголь та які перебували в КЗОЗ «Харківський обласний спеціалізований будинок дитини №1» (ХОСБД №1) упродовж 2011 – лютий 2017 рр. Серед них 45 хлопчиків та 40 дівчаток. Вивчали особливості перинатального анамнезу, перебіг неонатального періоду, фізичний розвиток дітей при народженні. Дітей було розділено на групи: I група – діти з ВДПА (n=44) та II група – діти з ФАСП без вроджених дефектів (n=41). Для статистичного опрацювання матеріалу використовувався пакет програми STATISTICA 7.0.

### Результати та їх обговорення

Більше половини дітей – 55 (64,7%) надійшло до ХОСБД №1 на першому році життя: у віці до 6-х місяців – 41 дитина, у віці 6-12 місяців – 14 дітей, понад 12 місяців – 30 дітей. У медичній документації дітей були свідчення про те, що їхні матері зловживають алкоголь та позбавлені батьківського піклування. Серед них 53 (62,3%) дитини були мешканцями сільської місцевості.

Оскільки багато жінок не перебували під медичним наглядом та деякі з них мали пологи поза медичним закладом, іноді пологи відбувалися в стадії алкогольного сп'яніння. Інформацію стосовно перинатального анамнезу було проаналізовано із медичної документації (виписних епікризів з карти розвитку дитини) дитячих стаціонарів. Особливості перинатального анамнезу дітей, народжених від матерів, які вживають алкоголь, наведено в табл.1.

Інформацію щодо оцінки за шкалою Апгар на перших хвилинах життя з'ясовано лише у 26 дітей I групи та у 19 дітей II групи. Медіанами та інтерквартильним розмахом оцінки за шкалою Апгар були відповідні значення 8 [7;8] та 8 [6; 8]. Помірну асфіксію в пологах мали 2 (7,6%) дитини I групи та 4 (21%) дитини II групи (p=0,2141). Тяжку асфіксію в пологах не зареєстровано.

Бронхолегенева дисплазія, внутрішньошлункові крововиливи II-IV ступеня, перивентрикулярна лейкомаляція 2 стадії біла діагностована

у 4 (4,7%), 6 (7,0%) та 2 (2,3%) дітей обох груп відповідно в пізній неонатальний період.

Отже, відмінностей перинатального анамнезу у дітей з ВДПА та ФАСП не визначено.

Подальший аналіз проводився для визначення гестаційного віку при народженні у дітей груп

спостереження. ВООЗ класифікує дітей в залежності від гестаційного віку: пізні недоношені діти, помірно недоношені діти, дуже недоношені діти, екстремально недоношені діти [10]. Розподіл дітей, народжених від матерів, які зловживають алкоголем, наведено в табл.2.

Таблиця 1

## Перинатальний анамнез дітей, народжених від матерів, які вживають алкоголь

| Ознака  | Групи, Абс. (%) |                | p      |
|---|-----------------|----------------|--------|
|   | I група, n=44   | II група, n=41 |        |
| Пренатальний анамнез                            |                 |                |        |
| Жінка не перебувала під медичним спостереженням | 21 (47,7)       | 21 (51,2)      | 0,7859 |
| Сифіліс, трихомоніаз, гонорея, Z21              | 3 (6,8)         | 5 (12,2)       | 0,4324 |
| Туберкульоз                                     | 3 (6,8)         | 4 (9,7)        | 0,6205 |
| Психічні захворювання жінки                     | 2 (4,5)         | 1 (2,4)        | 0,2886 |
| Тютюнопаління                                   | 5 (11,3)        | 3 (7,3)        | 0,5229 |
| Третя та більше за рахунком вагітність          | 29 (65,9)       | 25 (60,9)      | 0,6334 |
| Інтранатальний анамнез                          |                 |                |        |
| Пологи поза медичного закладу                   | 7 (15,9)        | 7 (17,0)       | 0,9015 |
| Операція кесарського розтину                    | 2 (4,5)         | 1 (2,4)        | 0,2886 |
| Синдром меконіальної аспірації                  | 2 (4,5)         | 1 (2,4)        | 0,2886 |
| Передчасні пологи                               | 24 (54,5)       | 23 (56,0)      | 0,9264 |
| СЗВУР:  |                 |                |        |
| симетричний варіант                             | 22 (50,0)       | 19 (46,3)      | 0,7132 |
| асиметричний варіант                            | 10 (22,7)       | 13 (31,7)      | 0,3549 |
|   | 12 (27,2)       | 6 (14,6)       | 0,1800 |
| Ранній неонатальний анамнез                     |                 |                |        |
| ШВЛ   | 17 (38,6)       | 18 (43,9)      | 0,6413 |
| Вроджена пневмонія                              | 5 (11,3)        | 5 (12,2)       | 0,8855 |
| Судомний синдром                                | 4 (9,0)         | 1 (2,4)        | 0,1653 |
| Абстинентний синдром                            | 2 (4,5)         | 1 (2,4)        | 0,2886 |
| Анемія  | 20 (45,4)       | 23 (56,0)      | 0,3137 |

Інформацію щодо оцінки за шкалою Апгар на перших хвилинах життя з'ясовано лише у 26 дітей I групи та у 19 дітей II групи. Медіанами та інтерквартильним розмахом оцінки за шкалою Апгар були відповідні значення 8 [7;8] та 8 [6; 8]. Помірну асфіксію в пологах мали 2 (7,6%) дитини I групи та 4 (21%) дитини II групи (p=0,2141). Тяжку асфіксію в пологах не зареєстровано.

Бронхолегенева дисплазія, внутрішньошлункові крововиливи II-IV ступеня, перивентрикулярна лейкомаляція 2 стадії біла діагностована

у 4 (4,7%), 6 (7,0%) та 2 (2,3%) дітей обох груп відповідно в пізній неонатальний період.

Отже, відмінностей перинатального анамнезу у дітей з ВДПА та ФАСП не визначено.

Подальший аналіз проводився для визначення гестаційного віку при народженні у дітей груп спостереження. ВООЗ класифікує дітей в залежності від гестаційного віку: пізні недоношені діти, помірно недоношені діти, дуже недоношені діти, екстремально недоношені діти [10]. Розподіл дітей, народжених від матерів, які зловживають алкоголем, наведено в табл.2.

Таблиця 2

## Перинатальний анамнез дітей, народжених від матерів, які вживають алкоголь

| Тижні   | Групи, Абс. (%) |                | p      |
|---------|-----------------|----------------|--------|
|         | I група, n=44   | II група, n=41 |        |
| >37     | 20 (45,4)       | 18 (43,9)      | 0,9264 |
| 34-37   | 13 (29,5)       | 11 (26,8)      | 0,7604 |
| 32- <34 | 4 (9,0)         | 6 (14,6)       | 0,3956 |
| 28-<32  | 5 (11,3)        | 4 (9,7)        | 0,8810 |
| 22-<28  | 2 (4,5)         | 2 (4,8)        | 0,8204 |

Частота народження в різні терміни вагітності дітей з вродженими дефектами, асоційованими з пренатальним алкоголем, не відрізняється від частоти народження в різні терміни вагітності дітей без вроджених дефектів на тлі вживання жінкою алкоголю під час вагітності.

Вплив пренатального алкоголю може призвести до структурних вроджених дефектів, які зазвичай виникають у поєднанні з іншими клінічними даними ФАСП [11]. Наступним кроком було визначення структурних вроджених дефектів у дітей з ВДПА (табл.3).

Таблиця 3

Вроджені дефекти, пов'язані з алкоголем

| Клінічна ознака   | Абс., (%) |
|---|-----------|
| Центральна нервова система (13):  |           |
| мікроцефалія  | 8 (18,2)  |
| кісти паренхіми мозку   | 2 (4,5)   |
| аномалія Арнольда-Кіарі   | 1 (2,2)   |
| агенезія мозолистого тіла   | 1 (2,2)   |
| гідроцефалія  | 1 (2,2)   |
| Скелет (29):  |           |
| дисплазія тазостегнових суглобів  | 10 (22,7) |
| плосковальгусна деформація стоп   | 8 (18,2)  |
| ущелина верхньої губи і твердого піднебіння                                     | 5 (11,3)  |
| кіфосколиоз   | 4 (9,0)   |
| дефект носової перетинки  | 1 (2,2)   |
| полідактилія  | 1 (2,2)   |
| Серцево-судинна система (23):   |           |
| дефект міжпередсердної перегородки  | 9 (20,4)  |
| дефект міжшлуночкової перегородки   | 3 (6,8)   |
| відкрита артеріальна протока  | 3 (6,8)   |
| атрезія трьохстулкового клапану   | 1 (2,2)   |
| аномальна хорда лівого шлуночка   | 7 (15,9)  |
| Сечостатева система (11):   |           |
| Гіпоспадія/епіспадія  | 2 (4,5)   |
| вірільний синдром   | 2 (4,5)   |
| піселектазія  | 2 (4,5)   |
| вроджений свищ сечового міхура  | 1 (2,2)   |
| гідронефроз   | 1 (2,2)   |
| дисплазія нирок   | 1 (2,2)   |
| поперекова дистопія правої нирки  | 1 (2,2)   |
| водянка правого яєчка   | 1 (2,2)   |
| Органи зору та слуху (20):  |           |
| езотропія   | 8 (18,2)  |
| атрофія зорових нервів  | 7 (15,9)  |
| мікрофтальмія   | 1 (2,2)   |
| більмо  | 1 (2,2)   |
| двобічний птоз  | 1 (2,2)   |
| двобічна сенсоневральна тугоухість  | 2 (4,5)   |
| Інші (24):  |           |
| пупочна кила  | 11 (25,0) |
| пахова кила   | 2 (4,5)   |
| гемангіома (лівої скроневої області, правого плеча, гомілок, обличчя, множинні) | 6 (13,6)  |
| телеангіектазії   | 2 (4,5)   |
| вроджений стридор   | 3 (6,8)   |

Генетичне обстеження дозволило у 1 дитини діагностувати синдром П'єра-Робена, у 2-х дітей – спадкові факоматози.

Варто зазначити, що дві дитини з ВДПА надійшли в ХОСБД №1 з травмами внаслідок насилля батьків: одна дитина - із закритою черепно-мозковою травмою, друга – з переломом плечової кістки, що потребує вивчення та профілактики синдрому жорстокого поводження з дітьми.

Ще один момент, на який хотілося б наголосити, це діагностика фенотипічних варіантів РФАС. У клінічних діагнозах та медичній документації жодній дитині не було відмічено ФАСП, або ЧАСП, або НРПА, або ВДПА. У більшості дітей

зазначено було ФАС, у решти – вживання жінкою алкоголю, позбавлення батьківських прав, незважаючи на клінічні прояви РФАС.

Як зазначають декілька досліджень, факторами материнської та психосоціальної небезпеки для РФАС є низький рівень освіти; великий материнський вік; великі за рахунком вагітність та пологи; викидні та мертвонародження; погане харчування матері під час вагітності; наявність РФАС у попередніх дітей, тютюнопаління; проблеми психічного здоров'я; соціальна ізоляція, включаючи життя в сільській місцевості під час вагітності; насильство; вживання алкоголю та іншими членами сім'ї матері; бідність. Незважаючи

на ці фактори ризику, всі жінки ризикують народжувати дитину з РФАС, якщо вони споживають алкоголь під час вагітності. [11, 12, 13].

Ще одним з проявів синдрому жорстокого поводження з дитиною є усвідомлене вживання алкоголю під час вагітності, яке призводить до народження дитини з вродженими дефектами. Результати систематичного огляду та мета-аналізу, проведеного у 2011 році, хоча й не показали значного збільшення ризику низького ваги дитини або народження маленького для гестаційного віку малюка для споживання алкоголю до 10 г чистого алкоголю на день або збільшення кількості передчасного народження алкоголю до 18 г чистого алкоголю на день, ризик цих наслідків поступово збільшувався і став статистично значущим при збільшенні споживання алкоголю [14]. Але цей огляд не оцінював ризик пошкодження плоду, пов'язаного з алкоголем (ВДПА, ФАС), що є важливим обмеженням до висновків мета-аналізу. Крім того, дослідження, включені в метааналіз, спиралися на самостійні повідомлення про споживання алкоголю та не враховували особливості вживання алкоголю. Таким чином, він не містив достатньої інформації про ризики, пов'язані з легким помірним пренатальним алкоголем.

Серед інших факторів, тератогенні ефекти можуть відрізнитись залежно від кількості та характеру вживання алкоголю, генетики матері та плода, віку материнства, материнського харчування та куріння [11 - 15].

Якщо у дитини відсутні дефекти розвитку, а мати вживала алкоголь під час вагітності, то які інші, так звані «мінорні» особові риси та незначні вроджені аномалії, та з якою частотою вони зустрічаються? Ці аномалії не включено в діагностичні критерії ФАС, але вивчено на когорті 370 дітей, зокрема: гіпоплазія середньої частини обличчя (58%), складки «епікант» (55%); зниження відстані між зіницями ( $\leq 25$ -й перцентиль)

(55%); плоский носовий міст (48%); зміна конфігурації долоні (47%); клинодактилія п'ятого пальця (40%); довгий фільтр ( $\geq 90$ -й перцентиль) (33%); розвернуті ніздрі (2%); камптодактилія (31%); зниження відстані між кутами очей ( $\leq 25$ -й перцентиль) (28%); птоз (17%); деформація вуха (15%); страбізм (9%); обмежена ліктьова супінація (8%); гіпопластичні нігті (6%); мікроаномалії серця (17%); (6 %); гіпертрихоз (5%) [16].

## Висновки

1. При поступленні дітей від матерів, які вживають алкоголь, у медичній документації відмічається брак інформації щодо перебігу вагітності та пологів у зв'язку з асоціальним способом життя таких жінок.

2. Лікарями не уточнюється провідний комплекс проявів перинатальної дії алкоголю на дитину, а іноді, взагалі не описуються його клінічні прояви.

3. Перинатальний період дітей, народжених від матерів, які вживають алкоголь, характеризувався низкою несприятливих чинників дії на плід, соціального, токсичного та інфекційного походження.

4. Токсична дія алкоголю спричинила затримку внутрішньоутробного розвитку у 41 дитини та на розвиток вроджених дефектів у 44 з 85 дітей.

5. Передчасне народження відзначено у 47 дітей.

6. Жорстоке поводження відмічено у двох дітей.

7. Діти, народжені від матерів, які вживають алкоголь, потребують ранньої діагностики розладів фетоалкогольного спектру та ретельного медичного спостереження.

## Перспективами подальшого дослідження

мають бути визначення особливостей розвитку дітей раннього віку з розладами фетоалкогольного спектру.

**Конфлікт інтересів:** автори не заявляли будь-якого конфлікту інтересів.

## Література

- Bertrand J, Floyd RLL, Weber MK. Guidelines for identifying and referring persons with fetal alcohol syndrome. *MMWR Recomm Rep* 2005;54(11):1-10.
- British Medical Association. Alcohol and pregnancy: Preventing and managing fetal alcohol spectrum disorders [Internet]. 2007 Jun [updated 2016 Feb 11]; 85p. Available from: <http://www.bma.org.uk/working-for-change/improving-and-protecting-health/ alcohol/alcohol-and-pregnancy>
- American Academy of Pediatrics. Fetal Alcohol Spectrum Disorders Program. Common definition [Internet]. [cited 2017]. Available from: <http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/fetal-alcohol-spectrum-disorders-toolkit/Pages/Common-Definitions.aspx>.
- Cook JL, Green CR, Lilley CM, Anderson SM, Baldwin ME, Chudley AE, et al. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ*. 2016;188(3):191-7. doi: 10.1503/cmaj.141593.
- Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, Blankenship J, Buckley D, Marais AS, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20154256. doi: 10.1542/peds.2015-4256.
- Neurobehavioral disorder associated with prenatal alcohol exposure. In: American Psychiatric Association, editors. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: VA; 2013.798 p.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol use and binge drinking among women of childbearing age--United States, 2006-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(28):534-8.
- Tan CH, Denny CH, Cheal NE, et al. Alcohol use and binge drinking among women of childbearing age - United States, 2011-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 64:1042.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol*. 2011;118(2 Pt 1):383-8. doi:10.1097/AOG.0b013e31822c9906.
- Preterm birth. WHO [Internet]. [updated 2017 Nov; cited 2017 Nov]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.
- Popova S, Lange S, Shield K, Mihic A, Chudley AE, Mukherjee RA, et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387(10022):978-87. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01345-8.
- O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health*. 2007;97(2):252-8. doi: 10.2105/AJPH.2005.077222.

13. Chambers CD, Yevtushok L, Zymak-Zakutnya N, Korzhynskyy Yu, Ostapchuk L, Akhmedzhanova D, Chan PH, et al. Prevalence and Predictors of Maternal Alcohol Consumption in Two Regions of Ukraine. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014;38(4):1012-19.

14. Patra J, Bakker R, Irving H, et al. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-A systematic review and meta-analyses. *BJOG* 2011;118(12):1411-21. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03050.x.

15. Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, Blankenship J, Buckley D, Marais A-S, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics* 2016;138(2):e20154256. doi:10.1542/peds.2015-4256.

16. Douzgou S, Breen C, Crow YJ, Chandler K, Metcalfe K, Jones E, et al. Diagnosing fetal alcohol syndrome: new insights from newer genetic technologies. *Arch Dis Child.* 2012;97(9):812-7. doi:10.1136/archdischild-2012-302125.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДА ДІТЕЙ, РОЖДЕНИХ ОТ МАТЕРЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ

*Е.А. Рига, Н.М. Коновалова*

Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины  
(г. Харьков, Украина)

**Резюме.** В статье представлен анализ течения перинатального периода 85 детей, матери которых употребляют алкоголь. При поступлении детей от матерей, употребляющих алкоголь, в медицинской документации имеется недостаток информации о течении беременности и родов в связи с асоциальным образом жизни таких женщин. Врачами не уточняется ведущий комплекс проявлений перинатального действия алкоголя на ребенка, а иногда, вообще не описываются его клинические проявления. Перинатальный период детей, рожденных от матерей, употребляющих алкоголь, характеризовался рядом неблагоприятных факторов воздействия на плод, в том числе, социального, токсического и инфекционного происхождения. Токсическое действие алкоголя привело к задержке внутриутробного развития у 41 ребенка и на развитию врожденных дефектов у 44 из 85 детей. Преждевременное рождение имело место у 47 детей. Жестокое обращение было в двух случаях. Авторы считают, что дети, рожденные от матерей, употребляющих алкоголь, требуют ранней диагностики расстройств фетоалкогольного спектра и тщательного медицинского наблюдения.

**Ключевые слова:** дети; расстройства фетоалкогольного спектра.

### Контактна інформація:

**Рига Олена Олександрівна** - д.мед.н., професор кафедри педіатрії №1 та неонатології Харківського національного медичного університету (м. Харків, Україна).  
**Контактна адреса:** Бульвар С.Грицевця, буд. 11, кв.42, м. Харків, 61143, Україна.  
**Контактний телефон:** +380662884409  
**e-mail:** yeletskayaelena@gmail.com  
**ORCID:** <http://orcid.org/0000-0003-0531-3914>  
**Researcher ID:** U-2881-2017

### Контактная информация:

**Рига Елена Александровна** - д.мед.н., профессор кафедры педиатрии №1 и неонатологии Харьковского национального медицинского университета (г. Харьков, Украина).  
**Контактный адрес:** Бульвар С.Грицевца, д. 11, кв.42., г. Харьков, 61143, Украина.  
**Контактный телефон:** +380662884409  
**e-mail:** yeletskayaelena@gmail.com  
**ORCID:** <http://orcid.org/0000-0003-0531-3914>  
**Researcher ID:** U-2881-2017

## CHARACTERISTICS OF THE PERINATAL PERIOD OF CHILDREN FROM MOTHERS CONSUME ALCOHOL

*O.O. Riga, N. M. Konovalova*

Kharkiv National Medical University,  
Ministry of Health of Ukraine  
(Kharkiv, Ukraine)

**Summary.** The article presents the analysis of the course of the perinatal period of 85 children whose mothers consume alcohol. In the case of children from mothers who use alcohol, there is a shortage of information on the course of pregnancy and childbirth in the medical documentation due to the ancillary lifestyle of such women. Doctors do not specify the leading complex of manifestations of perinatal effects of alcohol on a child, and sometimes, at all, do not describe its clinical manifestations. The perinatal period of children born from mothers consume alcohol was characterized by a number of adverse effects on the fetus, social, toxic and infectious origin. The toxic effect of alcohol had influence on the delay of fetal growth in 41 children and congenital defects in 44 of 85 children. Premature birth occurred in 47 children. The child abuse took place in two children. The authors believe that children born from mothers consume alcohol need in early diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders and thorough medical observation.

**Key words:** children; fetal alcohol spectrum disorders

### Contact Information:

**Riga Olena** - MD, Professor of Department of Pediatrics №1 and Neonatology of Kharkiv National Medical University (Kharkiv, Ukraine).  
**Contact address:** boulevard S.Grytsevtza, 11, apt. 42, Kharkiv, 61143, Ukraine.  
**Contact phone:** +380662884409  
**e-mail:** yeletskayaelena@gmail.com  
**ORCID:** <http://orcid.org/0000-0003-0531-3914>  
**Researcher ID:** U-2881-2017

Надійшло до редакції 10.10.2017  
Підписано до друку 04.12.2017