

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ**Ш. М. Набиева**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: факторы риска, перинатальная энцефалопатия, новорождённые.**Таянч сўзлар:** хавф омиллари, перинатал энцефалопатия, янги туғилган чақалоқлар.**Key words:** risk factors, perinatal encephalopathy, newborns.

В работе изучалось влияние комплекса контрикал и гепарин на изменение иммунологических показателей у женщин на ранних сроках беременности с чрезмерной провоспалительной иммунной реакцией и недостаточной корригирующей реакцией ингибиторов протеаз и TGF- β 1. Сделано заключение, что чрезмерная провоспалительная иммунная реакция в ранние сроки беременности и недостаточная корригирующая реакция ингибиторов протеаз и TGF- β 1 может создавать неблагоприятные условия течению беременности в ранние сроки и развитию выкидышей. Применение прегравидарного лечения комплексом контрикал и гепарин способствует снижению чрезмерной провоспалительной иммунной реакции в ранние сроки беременности, а также восстановлению ингибиторов протеаз и TGF- β 1, что может способствовать благоприятному течению беременности в ранние сроки и развитию полноценной беременности.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ПЕРИНАТАЛ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯНИНГ ОҒИР ДАРАЖАСИНИ РИВОЖЛАНИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ**Ш. М. Набиева**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Перинатал энцефалопатиянинг турли оғирлик даражаси билан 90 нафар болалар текширилди. Перинатал энцефалопатиянинг пайдо бўлиши ва ривожланишида акушерлик ва гинекологик анамнези патологиясининг мавжудлиги ва частотасига, ҳомиладорлик ва туғиш жараёнига боғлиқлиги аниқланди. Перинатал энцефалопатиянинг ривожланиши учун энг муҳим хавф омиллари куйидагилар эканлиги аниқланди: абортлар, бола тушиш хавфи, сурункали аднексит, тез туғилиш. Ҳомиладор аёлларда оғир анемия мавжудлиги чақалоқларда хомила ичи гипоксиянинг омили бўлиб ва кейинчалик янги туғилган чақалоқларнинг перинатал энцефалопатиянинг янада оғир кечишини ривожланишига таъсир кўрсатиши алоҳида аҳамиятга эга эди.

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT AND SEVERITY OF PERINATAL ENCEPHALOPATHY IN NEWBORNS**Sh. M. Nabiyeva**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

90 children with perinatal encephalopathy of varying severity were examined. It was revealed that in the occurrence and development of perinatal encephalopathy, there is a dependence on the presence and frequency of pathology of obstetric and gynecological history, the course of pregnancy and childbirth. It was determined that the most significant risk factors for the development of perinatal encephalopathy are: abortions, the threat of termination of pregnancy, chronic adnexitis, rapid childbirth. Of particular importance was the presence of severe anemia in pregnant women, which was a factor in chronic fetal hypoxia, and then influenced the development of a more severe course of perinatal encephalopathy of newborns.

Одной из важнейших проблем неонатологии и ведущее место в структуре перинатальной заболеваемости является перинатальная энцефалопатия [3]. С первых дней беременности между плодом и материнским организмом возникают сложные метаболические взаимосвязи, которые определяют дальнейшее течение беременности, развитие внутриутробного плода и состояние здоровья новорождённого ребёнка [4,6,7]. Подобная закономерность свидетельствует о том, что в этиопатогенезе перинатальной энцефалопатии новорождённых ведущее место имеет наличие и частота патологии акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности и родов [8, 9, 10].

У новорождённых детей с перинатальной гипоксией, развивающиеся гипоксико-ишемические изменения во многих органах и системах организма, в дальнейшем проявляются в основном перинатальными поражениями центральной нервной системы [1,2]. Комплекс изменений, возникающих при этом, оказывает неблагоприятное влияние как на ЦНС, нарушая регулирующее влияние подкорковых структур головного мозга на функциональное состояние внутренних органов, так и непосредственно на сердечно-сосудистую систему [5], что в свою очередь без сомнений оказывает неблагоприятное воздействие на неврологический статус.

Несмотря на разработки и применение современных профилактических и терапевти-

ческих мероприятий перинатальная энцефалопатия встречается у 5–30% новорождённых и занимает одно из ведущих мест в структуре неонатальной заболеваемости и инвалидизации детей [9,11,12].

Цель исследования: определить факторы риска развития и степени выраженности перинатальной энцефалопатии у новорождённых.

Материал и методы исследования. В связи с вышеперечисленным, согласно поставленной цели случайной выборкой было отобрано 90 новорождённых детей, из которых были сформированы 2 группы: I группа—50 новорождённых с перинатальной энцефалопатией средней степени тяжести и II группа—40 новорождённых с перинатальной энцефалопатией тяжёлой степенью тяжести, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорождённых Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра г. Самарканда.

Проводился анализ матерей новорождённых по числу беременностей, анализ возраста матерей, частота наличия отягощённости акушерско-гинекологического анамнеза, степень проявления анемии, анализ экстрагенитальной патологии у матерей новорождённых исследуемых нами групп.

Результаты исследования. При анализе матерей новорождённых I и II групп с перинатальной энцефалопатией, выявлено, что все женщины, во время беременности, регулярно наблюдались у врача акушера-гинеколога в семейных поликлиниках по месту жительства.

При анализе паритета беременности установлено, что в I группе первобеременных женщин было 11 (22,0%), 16 (32,0%) женщин имели 2 беременности и 23 (46,0) имели 3 беременности и более, во II группе 9 (22,5%) женщин имели 1 беременность, 13 (32,5%) и 18 (45,0%) женщин имели 3 беременности и более, что показано на таблице 1.

При анализе возраста матерей новорождённых исследуемых групп было выявлено, что он был почти одинаковым во всех исследуемых группах и находился в пределах от 18 до 40 лет (таблица 2, рис 1).

Таблица 1.

Распределение матерей новорождённых по числу беременностей.

Беременность	I группа n=50		II группа n=40	
	Абс.	%	Абс.	%
1-я беременность	11	22,0	9	22,5
2-я беременность	16	32,0	13	32,5
3-я и более беременность	23	46,0	18	45,0
Всего	50	100,0	40	100

Таблица 2.

Возрастной состав матерей новорождённых сравниваемых групп.

Возраст	1 группа n=50		2 группа n=40	
	Абс.	%	Абс.	%
18-19 лет	7	14,0	5	12,5
20-25 лет	6	12,0	9	22,5
26-30 лет	24	48,0	17	42,5
31-35 лет	7	14,0	4	10
36 лет и более	6	12,0	5	12,5
Всего	50	100,0	40	100

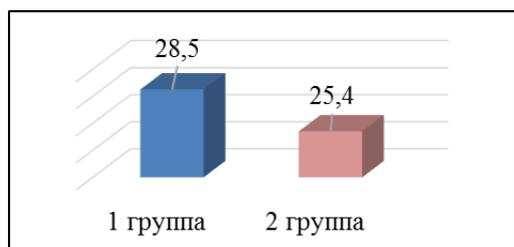


Рис. 1. Показатели среднего возраста матерей у детей сравниваемых групп.

При этом средний возраст матерей детей в обеих группах был примерно одинаковым и составил в среднем $28,5 \pm 0,7$ и $25,4 \pm 1,1$ год в I и II группах.

При выявлении частоты наличия отягощённости акушерско-гинекологического анамнеза выявлено, что в основном все женщины I группы имели отягощённый гинекологический анамнез 24 (48,06%), тогда как во II группе отягощённый акушерский анамнез встречался всего у 28 (70,0%) матерей, что было ниже.

Таблица 3.

Акушерский анамнез матерей новорождённых у наблюдаемых групп.

Показатели	I группа n=50		II группа n=40	
	Абс.	%	Абс.	%
Медицинский аборт	5	10,0	9	22,5
Самопроизвольный аборт	7	15,0	13	32,5
Угроза выкидыша	9	18,0	10	25,0
Аборт по медицинским показаниям	9	18,0	17	42,5
Гестозы беременных	24	48	23	57,5

Таблица 4.

Степень проявления анемии у матерей новорождённых наблюдаемых групп.

Степень анемии	I группа n=50		II группа n=40	
	%	Абс.	%	Абс.
1 степень	11	22,0	13	32,5
2 степень	4	8,0	9	22,5
3 степень	2	4,0	11	27,5
Всего	17	34,0	33	82,5

В акушерско-гинекологическом анамнезе женщин групп сравнения выявлялись: нерегулярный менструальный цикл, ОРВИ, перенесённые во втором и третьем триместрах беременности, инфекции мочеполовых путей и т.д. При этом медицинские аборт, самопроизвольные аборт, прерывание беременности по медицинским показаниям, также чаще наблюдались в группе матерей с тяжёлой степенью энцефалопатии (таблица 3), тогда как угрожающее прерывание беременности, гестозы беременности встречались с одинаковой частотой в обеих группах.

Известно, что гипоксические поражения у новорождённых являются следствием многих причин (заболевания матери, фето-плацентарная недостаточность, гестозы и т.д.); в ряде научных исследований показано, что в условиях недостатка кислорода у новорождённого развивается оксидативный стресс, нарушаются метаболизм и функции клеток. Отражение этих процессов в норме и при патологии у беременных матерей является реакция клеток крови.

Это было подтверждено нашими исследованиями, когда во всех сравниваемых группах наблюдалась высокая частота анемии беременных (таблица 4).

При этом особенно выраженной по частоте и степени тяжести анемия у матерей наблюдалась во II группе детей—33 (82,5%), тогда как в I группе анемию имели 17 (34,0%) матерей.

У части женщин экстрагенитальная патология носила сочетанный характер, что отражено в таблице 5. Наличие хронических экстрагенитальных заболеваний зарегистрировано у 16 матерей (32,0%) детей I группы, в том числе у 4 женщин (8,0%) наблюдались одновременно 2 и более нозологических форм. Самыми частыми вариантами патологии были нейроциркуляторная дистония и пиелонефрит по 4 (8,0%) и 3 (6,0%) случаев в каждой нозологии соответственно.

Также встречались хронические заболевания органов пищеварения (гастрит, холецистит) – 3 (6,0%), эндокринная патология (ожирение, заболевания щитовидной железы – 3 (6,0%) у матерей I группы. При этом выявление экстрагенитальной патологии у матерей во

Таблица 5.

Частота проявлений экстрагенитальной патологии у матерей новорождённых.

Заболевания	I группа n=50		II группа n=40	
	Абс.	%	Абс.	%
Пиелонефрит	3	6,0	2	5,0
Нейроциркуляторная дистония	4	8,0	4	10,0
Гастрит, холецистит, дисфункции билиарного тракта	3	6,0	3	7,5
Эндокринная патология (ожирение, заболевания щитовидной железы)	3	4,0	2	5,0
Наличие повышенного титра IgG (герпес, ЦМВ)	3	6,0	17	42,5

II группе у детей экстрагенитальная патология встречалась всего у 7 (17,5%) матерей и была выражена в наличии пиелонефрита—2 (5,0%) и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта—3 (7,5%), у 2 (5,0%) матерей данной группы наблюдалось ожирение I степени. У матерей сравниваемых групп отмечалась относительно большая частота выявления ТОРЧ-инфекции во II группе, у которых отмечалась высокая частота герпетической и ЦМВ инфекции: 3 (6,0%) I группы и 17 (42,5%) II группы.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что возникновение и развитие степени тяжести перинатальной энцефалопатии зависит от наличия и частоты патологии акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности и родов и что наиболее значимыми факторами риска развития перинатальной энцефалопатии являются: аборт, угроза прерывания беременности, хронический аднексит, быстрые роды. Особое значение имело наличие тяжёлой анемии беременных, что являлось фактором хронической гипоксии плода, а затем повлияло на развитие более тяжёлого течения перинатальной энцефалопатии новорождённых.

Использованная литература:

1. Агаева З. А. Ультразвуковая диагностика нарушений мозгового кровообращения в раннем неонатальном периоде при асфиксии новорождённых //Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – №. 4.
2. Афонина И. А., Науменко Е. И. Электрокардиография у детей с экстрасистолиями //Материалы. – 2019. – Т. 100. – С. 130
3. Данилов Р., Боровая Т. Общая и медицинская эмбриология. – Litres, 2017.)
4. Киреева О. В., Емельянич Е. Ю., Салмина А. Б. Особенности адаптации новорождённых детей, родившихся от матерей с преэклампсией, в раннем неонатальном периоде //Сибирское медицинское обозрение. – 2019. – №. 6 (120).
5. Кишкина В. В., Шилова Ю. В. Вариабельность нарушений ритма и проводимости у детей дошкольного возраста по данным суточного мониторирования //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – Т. 61. – №. 3.
6. Лим Вячеслав Иннокентьевич, Набиева Шоиста Мустфаевна, Лим Максим Вячеславович Влияние этиологического фактора развития на течение гемолитической болезни новорожденных // Вопросы науки и образования. 2020. №15 (99).
7. Медведев Б. И., Сашенков С. Л., Сяндюкова Е. Г. Исходы беременности и родов у женщин с гестозом и анемией //Акушерство и гинекология. – 2012. – №. 2. – С. 24-29.
8. Романкова Ю. Н., Аджигеримова Г. С., Ярославцев А. С. Характеристика медико-социальных факторов, условий и образа жизни как факторов риска для здоровья детей //Фундаментальные исследования. – 2013. – №. 12-2. – С. 314-318.)
9. Смирнова А. В. и др. Метод прогнозирования перинатальных гипоксических поражений центральной нервной системы у новорождённых //Клиническая лабораторная диагностика. – 2019. – Т. 64. – №. 2. – С. 89-93.
10. Чернышова Т. А., Едигарян Э. С., Иванникова А. С. Оценка влияния медико-социальных факторов на состояние здоровья детей раннего возраста //XIV Областной фестиваль " Молодые учёные-развитию Ивановской области". – 2018. – С. 46-47.
11. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – Триада-Х, 2011.)
12. KhairyP. Pregnancy-relatedcardiacrisk in women with congenital heart disease: is it over when it's over? / P.Khairy, S.M.Fernandes, M. J.Landzberg // Evid. Based. Med. - 2011. - Vol. 16, №3. - P. 93.