

УДК 612.37:617.6:615-134/1

Эргашбаева Дилрабо Абдурасуловна

к.м.н., доцент заведующий кафедры

неонатологии, эндокринологии,

неврологии и психиатрии,

Повышении квалификации врачей

Андижанского Государственного

медицинского института, Андижан, Узбекистан

**ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКАЯ МАССА ТЕЛА (ЭНМТ) ПРИ
РОЖДЕНИИ: ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОБЛЕМЫ
НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА**

Аннотация. является изучение особенностей течения беременности у женщин с преждевременными родами и неонатальные исходы у их детей с ЭНМТ

Ключевые слова: дети, роды, беременность, масса, тела, неонатология.

Ergashbaeva Dilrabo Abdurasulovna

Ph.D., Associate Professor, Head of Department

neonatology, endocrinology, neurology and

psychiatry, Advanced training for doctors

Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

**EXTREMELY LOW BODY WEIGHT (ELBW) AT BIRTH:
FEATURES OF PREGNANCY, PROBLEMS OF THE NEONATAL
PERIOD**

Annotation. is to study the characteristics of pregnancy in women with preterm birth and neonatal outcomes in their children with ELBW

Key words children, childbirth, pregnancy, weight, bodies, neontology.

Актуальность. Преждевременные роды являются важной медико-социальной и демографической проблемой в связи с высокой частотой осложнений и перинатальной смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения 15 миллионов детей ежегодно рождаются преждевременно, около одного миллиона умирают из-за осложнений, связанных с преждевременными родами.

Недоношенные новорожденные с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ - вес при рождении менее 1000 г) входят в группу высокого риска по неонатальной и младенческой заболеваемости и смертности.

Для выживших детей остается высоким риск поражений центральной нервной системы, развития респираторного дистресс-синдрома, дыхательной недостаточности, септических осложнений, поражения слухового и зрительного анализатора, как в первый месяц жизни, так и в более отдаленные периоды.

Глубокая недоношенность обуславливает рост детской инвалидности, в структуре которой преобладает развитие церебрального паралича, сенсорной тугоухости, бронхолегочной дисплазии.

Гипотрофия новорожденного, особенно недоношенного, как проявление плацентарных нарушений, является значимым интегральным маркером внутриутробного неблагополучия и дополнительным отягощающим моментом, усугубляющим прогнозы развития этих детей.

Поэтому изучение факторов риска неблагоприятных исходов беременности, связанные с рождением ребенка с ЭНМТ, является актуальным для практического акушерства.

Целью исследования является изучение особенностей течения беременности у женщин с преждевременными родами и неонатальные исходы у их детей с ЭНМТ.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы 67 историй новорожденных с ЭНМТ и 62 истории родов их матерей, родоразрешенных в перинатальном центре города Андижана за период с 2021 по 2022г.

Были выделены две группы: в 1 первую вошли 49 детей с гипотрофией и 45 их матерей, во вторую - 18 детей без гипотрофии и 17 их матерей. Диагностика гипотрофии новорожденного осуществлялась с помощью перцентильной таблицы, представленной в клинических рекомендациях «Гестационный сахарный диабет» 2021 г. Гипотрофичным считался новорожденный, масса которого была менее 10 перцентиля.

Ультразвуковое исследование и оценка доплерометрических параметров кровотока фетоплацентарного комплекса проводились с использованием диагностических ультразвуковых систем M5 (Mindrai, КНР), «Sonoace Pico» и «Sonoace 8800» (Medison, Южная Корея), монитора акушерского компьютерного МАК-02-«Ч».

Статистические методы исследования выполнены с помощью лицензионных статистических пакетов программ SPSS Statistica for Windows 17.0. Для оценки различий между группами обследуемых использовались непараметрические критерии Манна-Уитни, χ^2 , отношение правдоподобия (ОП), линейно-линейная связь (ЛЛС) при уровне значимости критерия 0,05, рассчитан показатель относительного риска (ОР).

Результаты и обсуждение. В результате исследования установлено, что средний возраст женщин 1-й группы составил $31,44 \pm 0,81$, 2-й - $31,65 \pm 1,51$ год.

При анализе вредных привычек было установлено, что у 4,4% беременных 1-й группы отмечена наркотическая, у 11,1% - никотиновая зависимость. Данные факторы во 2-й группе отсутствовали. Экстрагенитальные заболевания достоверно чаще встречались среди пациенток, родивших гипотрофичных детей (82,2%; χ^2 $p=0,019$, ОПр $p=0,023$, ЛЛС $p=0,020$). Обращают на себя внимание исходный вес и индекс массы тела женщин обеих групп: $68,05 \pm 2,56$ кг и $25,15 \pm 0,95$ в 1-й группе и $70,67 \pm 4,04$ кг и $25,83 \pm 1,18$ во 2-й.

Значимых различий между группами не обнаружено, однако данные показатели указывают на наличие избыточной массы тела у женщин исследуемых групп.

Выяснено, что прибавка за беременность в 1-й группе ($5,26 \pm 0,76$ кг) была достоверно ниже, чем во 2-й ($8,10 \pm 1,07$ кг, критерий Манна-Уитни $p=0,040$). В структуре соматической патологии в 1-й и 2-й группах преобладали хроническая артериальная гипертензия (31,2% и 11,8% соответственно), хронический пиелонефрит (19,4% и 11,8%), гипотиреоз (13,3% и 5,9%), заболевания желудочно-кишечного тракта (20,0% и 11,8%).

Таким образом, срок родоразрешения женщин до 28 недель беременности повышает риск неонатальной смертности в 6,8 раз, ранней преэклампсии с манифестацией до 28 недель - в 2,4 раза, воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе - в 1,8 раза.

В случае родоразрешения в третьем триместре гестации при наличии ЭНМТ у новорожденного риск его гибели повышается при наличии после 28 недель многоводия (в 11,3 раза) и НМПК 1А степени (в 7,8 раза).

Следует отметить, что в качестве протективных детерминант неонатальных потерь выделены следующие: использование гормональной поддержки в первом триместре (ОР 0,59, 95% ДИ 0,32...1,08), использование антибактериальной терапии в третьем триместре (ОР 0,22, 95% ДИ

0,06...0,84), срок родоразрешения после 28 недель (ОР 0,22, 95% ДИ 0,06...0,4).

Выводы. Факторами риска рождения детей с гипотрофией являются соматическая патология (ожирение, хроническая артериальная гипертензия, гипотиреоз, хронический пиелонефрит), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (в прошлом преэклампсия, преждевременные роды, кесарево сечение, аборт), осложнения настоящей беременности (ранняя преэклампсия, плацентарная недостаточность с манифестацией до 28 недель);

Клинико-анамнестическими детерминантами неонатальной смертности детей с ЭНМТ являются ВЗОМТ в анамнезе, родоразрешение на сроке до 28 недель, тяжелая преэклампсия с началом до 28 недель, многоводие и нарушение маточного кровотока в 3 триместре беременности;

Наличие гипотрофии у новорожденных с ЭНМТ не повышает риски их смертности.

Список литературы

1. ВОЗ. Преждевременные роды. Информационный бюллетень – 2018.
2. Лысенко И.М., Баркун Г.К. Катамнез детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // Вестник Витебского государственного медицинского университета - 2013- №2 – с.63-69.
3. Пекарев О.Г., Оноприенко Н.В. Проблема XXI века: преждевременные роды // Медицина и образование в Сибири.- 2013 - №4. – с.39.
4. Подсвинова Е.В., Фредриксен И.В. Недоношенная беременность: проблемы течения, родоразрешения и раннего неонатального периода // Актуальные вопросы медицины в современных условиях - 2016 – с.100-103.