

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

¹Маджидова Ё.Н., ¹Мухаммадсолих Ш.Б., ²Ахмедова З.Ш., ¹Азимова Н.М.

¹Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,

²Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский центр Акушерства и Гинекологии

✓ Резюме,

В данной статье приводятся результаты проведенного исследования по данным Специализированного Научно-Практического Медицинского центра Акушерства и Гинекологии г. Ташкента. Нами были обследованы 52 недоношенных детей со сроком гестации от 26 до 35 недель, мы разделили их на 2 группы: 1 группа (основная группа) - 42 новорожденных (маловесные к сроку гестации недоношенные дети), 2 группа (группа сравнения) - маловесные недоношенные дети, соответствующие к сроку гестации - 10 новорожденных. Средний срок гестации детей 1 группы составил $29,3 \pm 3,5$ недель, масса тела при рождении - $1385,7 \pm 476,4$ г, мальчики составили 62%, а девочки - 38%. Для детей 2 группы гестационный срок на момент рождения составил $34,7 \pm 1,1$ нед., а масса - $2403,6 \pm 381,3$ г, из них мальчиков 70%, а девочек - 30%.

Ключевые слова: недоношенные новорожденные, перинатальная смертность, срок гестации, клинико-анамнестические данные.

GESTSTATION YOSHLARIDA HIMOYA QILISHNING KO'ZNING YANGI NARXLARI

¹Madjidova Y.N., ¹Muxammadsolix Sh.B., ²Ahmedova Z.Sh., ¹Azimova N.M.

¹Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti,

²Ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

✓ Rezyume,

Ushbu maqola o'rganish natijalarini Toshkent shahridagi ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining ma'lumotlari asosida taqdim etadi. 26 yoshdan 35 haftagacha bo'lgan homiladorlik davrida 52 ta erta tug'ilgan chaqaloqlarni ko'rikdan o'tkazdik, ularni 2 guruhga ajratdik: 1 guruh (asosiy guruh) - 42 yangi tug'ilgan chaqaloqlar (homiladorlik davrigacha vazni past bo'lgan go'daklar homiladorlik davriga), 2 guruh (taqqoslash guruhi) - kichik erta. 10 yoshgacha bo'lgan homiladorlik yoshiga to'g'ri keladigan chaqaloqlar. 1-guruhdagi bolalarning o'rtacha homiladorlik yoshi $29,3 \pm 3,5$ hafta, tug'ilganda tana og'irligi - $1385,7 \pm 476,4$ g, o'g'il bolalar - 62%, qiz bolalar - 38%. 2-guruh bolalari uchun tug'ilishda homiladorlik davri $34,7 \pm 1,1$ hafta, og'irligi $2403,6 \pm 381,3$ g bo'lgan, shundan 70% o'g'il bolalar, 30% qizlar.

Kalit so'zlar: erta tug'ilgan chaqaloqlar, perinatal o'lim, homiladorlik davri, klinik va anamnestik ma'lumotlar.

CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF PREMATURE NEWBORNS DEPENDING ON GESTATIONAL AGE

¹Madzhidova Y.N., ¹Mukhammadsolikh Sh.B., ²Ahmedova Z.Sh., ¹Azimova N.M.

¹Tashkent Pediatric Medical Institute,

²Specialized Scientific and Practical Medical Center of Obstetrics and Gynecology

✓ Resume,

This article presents the results of the study according to the data of the Specialized Scientific and Practical Medical Center for Obstetrics and Gynecology in Tashkent. We examined 52 premature babies with gestational age from 26 to 35 weeks, we divided them into 2 groups: 1 group (main group) - 42 newborns (low birth weight premature babies to gestation period), 2 group (comparison group) - small premature babies corresponding to the gestational age of - 10 newborns. The average gestational age of children in group 1 was 29.3 ± 3.5 weeks, body weight at birth - 1385.7 ± 476.4 g, boys were 62%, and girls - 38%. For children of group 2, the gestational age at birth was 34.7 ± 1.1 weeks, and the weight was 2403.6 ± 381.3 g, of which 70% were boys, and 30% were girls.

Keywords: premature newborns, perinatal mortality, gestational age, clinical and anamnestic data.

Актуальность

Н а сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем акушерства и неонатологии является не вынашивание беременности и рождение детей с низкой массой тела (менее 2500г) в результате преждевременных родов или внутриутробной задержки развития плода. По данным ВОЗ, доля таких детей среди новорожденных составляет от 5 до 16 % [1]. Более 10% детей по всему миру рождаются преждевре-

менно, что является серьезной медико-социальной проблемой и влияет на качество жизни семьи. Каждый год от осложнений, связанных с преждевременными родами, умирает более 1 млн в мире [6]. Перинатальная смертность маловесных детей в 6-10 раз выше, чем новорожденных с нормальной массой тела, а перинатальная заболеваемость составляет от 70 до 80% и является важной социальной и экономической проблемой для государства в связи с высокими затратами на выхаживание, реабилитацию и социальную

адаптацию таких детей [2,3]. Дети, родившиеся с малой массой тела, умирают в 25-30 раз чаще, чем дети с нормальной массой тела, и составляют от 55 до 65% от числа умерших на первом году жизни [4]. В структуре заболеваемости и смертности первое место продолжают занимать недоношенные дети, перинатальная смертность которых составляет около 90%. Прежде всего, это относится к детям с очень низкой и экстремально низкой массой тела [5]. Среди этой категории детей большую тревогу врачей вызывают недоношенные дети, не соответствующие к сроку гестации. Жизнеспособность плода определяется гестационным возрастом, при котором шансы на выживание составляют 50%. Недошенность является основной причиной смертности среди новорожденных и в настоящее время составляет вторую по распространенности, после пневмонии, причину смертности среди детей в возрасте до пяти лет, а также является главной причиной смертности младенцев в течение критически важного первого месяца жизни [7]. По данным ВОЗ, ежегодно рождается более 2,5 миллионов глубоко недоношенных детей. Среди причин этого явления называют слишком юный возраст беременных, социальные факторы (семейная неустойчивость, вредные условия труда и вредные привычки, физические и психические травмы), и медицинские показатели. Любая недошенность негативно сказывается на дальнейшем развитии ребенка, но зависит напрямую от того, на сколько ребенок родился недоношенным: ребенок, родившийся на 25 неделе, имеет многократно большие шансы стать инвалидом, чем 35-недельный. Но у всех детей, появившихся раньше срока, многократно повышен риск младенческой смертности в течение первого года жизни, а риск перинатальной смертности повышен многократно. В результате каждый год по всему миру умирает 500 000

младенцев [8], что составляет 10 % от всех перинатальных смертей. В странах с развитой медициной недоношенные дети становятся причиной 25 % от всех смертей [9]. 57% смертей среди детей в возрасте до 5 лет в Узбекистане происходит в неонатальном периоде - первые 28 дней жизни. Три основных причины - ранние роды, асфиксия и инфекции. Коэффициент младенческой смертности в Узбекистане составляет 20,0 (на 1000 рожденных живыми).

Цель исследования: изучить клинико-анамнестические особенности недоношенных новорожденных в зависимости от срока гестации.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 52 недоношенных детей со сроком гестации от 26 до 35 нед. Детей наблюдали начиная с антенатального этапа и в раннем неонатальном периоде на 1-3-и и 5-8-е сутки жизни. Дизайн работы был основан на проведении одномоментного поперечного исследования в двух группах обследуемых: 1 группа (основная группа) - 42 новорожденных (маловесные к сроку гестации недоношенные дети), 2 группа (группа сравнения) - маловесные недоношенные дети, соответствующие к сроку гестации - 10 новорожденных.

Результаты нашего исследования подвергнуты статистической обработке с помощью программы (Microsoft Excel). Для описания нормально распределенных параметров, мы использовали среднюю арифметическую и стандартное отклонение среднего арифметического. Использовались общепринятые методы вариационной статистики с вычислением средних величин (M), ошибки средней для абсолютных и относительных величин (m), показателя достоверности различий при сравнении между группами (p). Для вы-



Рисунок 1. Гистограмма распределения пациенток по возрасту в 1 группе.

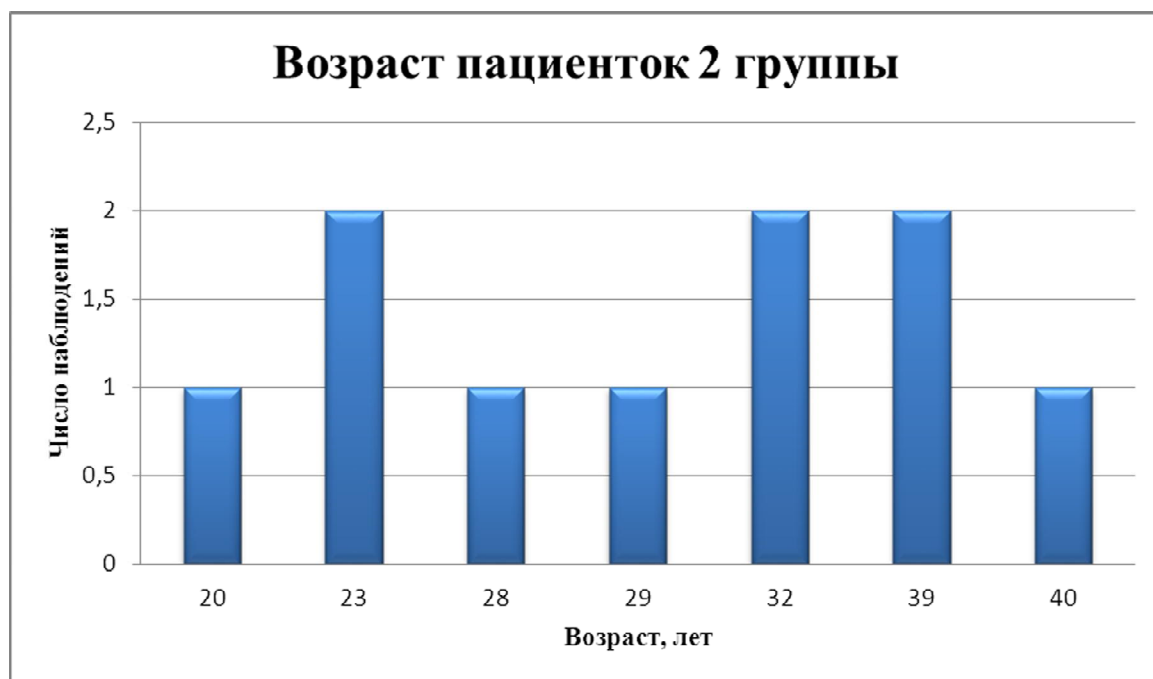


Рисунок 2. Гистограмма распределения пациенток по возрасту во 2 группе.

явления взаимосвязей применяли метод корреляционного анализа, включающий как оценку коэффициента корреляции Спирмена (r), так и уровень его значимости (p). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результат и обсуждения

При углубленном анализе медико-социальных и демографических характеристик пациенток выявлены определенные различия в зависимости от клинической группы. Так, средний возраст женщин, включенных в исследуемую выборку, составил 31,5±5,2 года в первой группе и 30,5±7,2 года во второй группе. При изучении внутригрупповой возрастной структуры было установлено, что в первой группе, где срок гестации составляло 26–33 недель, выявлен следующий характер распределения: от 22 до 30 лет (18 человек), от 31 до 36 лет (17 человек) и старше 36 лет (7 человек) (рисунок 1). Во второй группе где гестационный срок был от 33–35 недель выявлен следующий характер распределения: от 20 до 23 лет (3 человека), от 28 до 32 лет (4 человека) и старше 35 лет (3 человека). У пациенток старше 35 лет беременность, как правило, протекает на фоне возрастных изменений соматического статуса, приводящих к преждевременному завершению беременности. Полученные данные позволили предположить роль в развитии недоношенности беременности другой совокупности социально-биологических факторов, что в дальнейшем было подтверждено результатами углубленного анализа анамнестических данных.

Результаты клинико-анамнестических данных двух групп показали что, 1 беременность была у 23,8 % и 10 % соответственно, 2 беременность у 19 % и 20 % соответственно, 3 беременность у 23,8 % и 30 % соответственно, 4 беременность у 21,4 % и 20 % соответственно, 5 беременность 10 % во второй группе, 6

беременность у 11,9 % и 10 % соответственно. Первые роды были у 33,3 % и 10 % соответственно, вторые роды у 23,8 % и 20 % соответственно, третьи роды у 19 % и 50 % соответственно, четвертые роды у 19 % и 10 % соответственно, пятые роды у 2,4 % и 10 % соответственно, шестые роды 2,4 % у 1 группы. В первой группе рожденных новорожденных 62 % мальчики и 38 % девочки, а во второй группе 70 % мальчики и 30 % девочки. Угроза выкидыша в основной группе составляла 7,1 %. Срочные роды были у 4,8 % и 20 % соответственно, оперативные у 40,5 % и 40 % соответственно, кесарево сечение у 47,6 % и 10 % соответственно, преждевременные у 50 % и 30 % соответственно. Наследственная отягощенность в первой группе составляла 4,8 % и во второй 10 %. В основной группе тяжелое состояние наблюдалось у 73,8 %, крайне тяжелое состояние у 14,3 %, а в группе сравнения у 40 % было тяжелое состояние. В первой группе 35,7 % недоношенных новорожденных родились мертвыми, а во второй 10 % (табл.1).

В таблице 2 приведены результаты обследования недоношенных детей. Гестационный возраст составлял 29,3±3,5% и 34,7±1,1% ($p < 0,05$) соответственно, масса при рождении 1385,7±476,4% и 2403,6±381,3% соответственно, рост 38,2±5,3% и 47,1±2,3% соответственно, окружность головы 27,5±3,5% и 31,6±2,2% соответственно, обхват груди 24,5±3,6% и 29,3±2,6% соответственно. Оценка по шкале Апгар является общепризнанным методом начальной оценки состояния ребенка и используется для планирования терапевтической тактики неонатологами, включая необходимость реанимационных мероприятий. Детей, рожденных в сроках гестации 26–32 недель, относят к группам глубоко и экстремально недоношенных, что делает полученные нами данные особенно интересными. Как видно из представленных данных таблицы 2, для данной когорты детей характерны низкие значения оценки по шкале Апгар, особенно в 1 группе. При этом в данной группе недоношенных новорожденных

Таблица 1.

Сравнительный анализ клинико-анамнестических данных.

	1 группа (n=42)		2 группа (n=10)	
Беременность	Абс	%	Абс	%
1	10	23,8	1	10
2	8	19	2	20
3	10	23,8	3	30
4	9	21,4	2	20
5	-	-	1	10
6	5	11,9	1	10
Число родов				
1	14	33,3	1	10
2	10	23,8	2	20
3	8	19	5	50
4	8	19	1	10
5	1	2,4	1	10
6	1	2,4	-	-
Пол				
М	26	62	7	70
Д	16	38	3	30
Угроза выкидыша	3	7,1	-	
Способы родоразрешения				
Срочные	2	4,8	2	20
Оперативные	17	40,5	4	40
Кесарево сечение	20	47,6	1	10
Преждевременные	21	50	3	30
Наследственность				
Отягощённая	2	4,8	1	10
Не отягощённая	26	61,9	5	50
Состояние				
Тяжелое	31	73,8	4	40
Крайне тяжелое	6	14,3	-	
Смертность недоношенных детей	15	35,7	1	10

при рождении оценка оставалась низкой и на 5 минуте (менее 7 баллов), что говорит о тяжелом состоянии ребенка. Среднее значение шкалы Апгар на 1 мин

составляло 3,8±1,8% и 6,6±0,9% соответственно, и на 5 мин 5,6±1,7% и 7,7±0,7% соответственно.

Таблица 2.

Результаты обследования недоношенных детей.

	1 группа (n=42)	2 группа (n=10)	Достоверность различий (p)
	M±m %	M±m %	
Гестационный возраст	29,3±3,5	34,7±1,1	<0,05
Масса при рождении, гр	1385,7±476,4	2403,6±381,3	<0,05
Рост, см	38,2±5,3	47,1±2,3	<0,05
Окруж.головы, см	27,5±3,5	31,6±2,2	<0,05
Обхват груди, см	24,5±3,6	29,3±2,6	<0,05
Среднее значение шкалы Апгар на 1 мин	3,8±1,8	6,6±0,9	<0,05
Среднее значение шкалы Апгар на 5 мин	5,6±1,7	7,7±0,7	<0,05

Данные клинического анализа крови недоношенных новорожденных представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Результаты клинического анализа крови недоношенных новорожденных.

Показатели	1 группа (n=42)		2 группа (n=10)		Достоверность различий (p)
	abc	M±m%	abc	M±m%	
ПТИ	31	17,8±4,1	7	23,4±13,7	<0,05
МНО	31	1,2±0,6	7	1,8±1,3	<0,05
АПТВ	31	44,5±17,8	7	52,4±19,3	<0,05
Фибриноген	30	2,6±1,3	7	2,3±1,0	<0,05
РФМК	33	7,9±2,6	7	8,6±4,1	<0,05
Гемоглобин	22	164,6±33,3	4	178,8±6,9	<0,05
Тромбоциты	19	208,8±51,1	4	241,7±35,5	<0,05
Эритроциты	21	4,7±0,74	4	4,9±0,1	<0,05
Цв.показ	20	1,0±0,04	4	1,0±0,05	<0,05
Лейкоциты	17	10,2±0,8	2	10,8±0,5	<0,05
П/я	13	2,8±1,5	2	2±1,4	<0,05
С/я	18	64,6±17,9	4	64,5±17,9	<0,05
Лимфоциты	19	26,3±17,7	4	27,5±16,8	<0,05
Моноциты	15	5,5±3,1	4	6±5,7	<0,05

При анализе гестационного возраста умерших детей, нами были получены данные, свидетельствующие о преобладании среди умерших детей 1 группы, рожденных в сроках гестации 26-33 недель - 35,7 %. Во второй группе летальный исход был 10%. Данные результаты свидетельствуют не только о большой роли малого гестационного возраста в вероятности наступления летального исхода в неонатальном периоде, но и о том, что пролонгирование беременности хотя бы до 28 недель беременности способствует уменьшению риска неонатальной смерти почти в два раза. Статистическая обработка данных настоящего исследования показала, что наибольшая доля летальных случаев при ранних преждевременных родах пришлась на неонатальный период (до 28 суток жизни). На основании этих данных мы сделали вывод, что неонатальный период является критическим в развитии глубоко недоношенного новорожденного.

Выводы

1. Ранние преждевременные роды продолжают оставаться основной причиной высокой неонатальной заболеваемости, смертности рожденного недоношенным. Для улучшения детских исходов необходима эффективная профилактика недонашивания, но современные подходы малоэффективны, что подтверждает отсутствие снижения частоты преждевременных родов во всем мире.

2. В нашем исследовании доля оперативного родоразрешения в сроках гестации 26-33 недель 40,5 %. Причем в выделенных по гестационному сроку группах (26-33 недель, 34-35 недель) частота кесарева сечения значительно различалась, составляя 47,6 % и 10 % соответственно. Таким образом, оптимизация подходов к показаниям, а также техника оперативного родоразрешения при преждевременных родах в сроках гестации 26-33 недель, когда вероятность неблагоприятного ближайшего и отдаленного исходов развития недоношенного ребенка достаточно высока, и становится особенно актуальной.

3. Итогом нашего исследования явились данные, свидетельствующие о том, что наибольшая доля летальных исходов приходится на недоношенных детей, рожденных в сроках гестации 26-33 недель. Пролонгирование беременности до 28 недель увеличивает выживаемость среди недоношенных детей. Критическим по выживаемости для недоношенных детей является неонатальный период (до 28 дней жизни). Течение периода ранней адаптации недоношенных новорожденных определяет показатели неонатальной смертности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Brownfoot F. C., Crowther C. A., Middleton P. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth -Cochrane Database Syst. Rev.-2008.-T.8.-No4. -P.88-94.
2. Melamed N. et al. Fetal gender and pregnancy outcome//J. Matern. FetalNeonatalMed. -2010. -T. 23. -No 4. -C. 338-344.
3. Fonseca E.B., Celik E., Parra M., et al. Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group.Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix//N. Engl. J. Med.-2007. -T.357. -No5. -P. 462-469.
4. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. -М.: Медицина, 2002; 176. [Kulakov V.I., Murashko L.E. Prejdevremennie rodi. -M.: Meditsina, 2002; 176. (In Russ)]
5. Серов В.Н., Сидельникова В.М., Жаров Е.В. М.: 2010. "Преждевременные роды" // Пособие для врачей. - Алматы: ФГУ, 2010; 25-26. [Sеров V.N., Sidelnikova V.M., Jarov E.V.M.: 2010. "Prejdevremennie rodi" // Posobie dlya vrachey. -Almati: FGU, 2010; 25-26.(In Russ)]
6. Рожденные слишком рано. Доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов. Всемирная организация здравоохранения, 2012; 112. [Rojdennie slishkom rano. Doklad o globalnix deystviyax v otnoshenii prejdevremennix rodov. Vsemimaya organizatsiya zdavooxraneniya, 2012; 112. (In Russ)]
7. Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. Lancet, 2012, 379: 2151-61.
8. Theis Reducing Perinatal and Neonatal Mortality. Child Health Research Project Special Report (1999).
9. Mathew T.J., MacDorman M.F. Infant Mortality Statistics from the 2003 Period Linked Birth/Infant Death Data Set (англ.) // National Vital Statistics Reports : journal. - 2006. - Vol. 54, no. 16.

Поступила 09.06.2019