



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

2 (88) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
февраль

Received: 20.01.2026, Accepted: 06.02.2026, Published: 10.02.2026

УДК 616-053.31/32

ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКАЯ МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ НЕОНАТОЛОГИИ

Юлдашева Г.Г. <https://orcid.org/0000-0002-9095-200X> E-mail: yuldasheva.gulnoz@bsmi.uz

Жалолова М.А. <https://orcid.org/0009-0003-5601-7637> E-mail: jalolovamarjona.0708@gmail.com

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Экстремально низкая масса тела при рождении (ЭНМТ) остаётся одной из наиболее актуальных проблем современной неонатологии, обусловленной высокой заболеваемостью, смертностью и риском неблагоприятных отдалённых исходов. Несмотря на значительный прогресс в перинатальной медицине и технологиях выхаживания, новорождённые с ЭНМТ продолжают составлять группу высокого риска развития тяжёлых осложнений. В статье представлен обзор современных данных о факторах риска, особенностях клинического течения, подходах к ведению и исходах у новорождённых с экстремально низкой массой тела при рождении.

Ключевые слова: экстремально низкая масса тела, недоношенные новорождённые, выхаживание, факторы риска.

EXTREMELY LOW BIRTH WEIGHT AS A CURRENT PROBLEM IN MODERN NEONATOLOGY

Yuldasheva G.G. <https://orcid.org/0000-0002-9095-200X> E-mail: yuldasheva.gulnoz@bsmi.uz
Jalolova M.A. <https://orcid.org/0009-0003-5601-7637> E-mail: jalolovamarjona.0708@gmail.com

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, A. Navoi
Street. Tel: +998 (65) 223-00-50 Email: info@bsmi.uz

✓ Resume

Extremely low birth weight (ELBW) remains one of the most pressing issues in modern neonatology, due to its high morbidity, mortality, and risk of adverse long-term outcomes. Despite significant advances in perinatal medicine and nursing technologies, ELBW newborns continue to be at high risk for severe complications. This article provides an overview of current data on risk factors, clinical features, management approaches, and outcomes in extremely low birth weight newborns.

Keywords: extremely low birth weight, preterm infants, nursing, risk factors.

CHAQALOQNING JUDA KAM OG'IRLIGI ZAMONAVIY NEONATOLOGIYADAGI DOIMGI MUAMMO SIFATIDA

Yo'ldosheva G.G. <https://orcid.org/0000-0002-9095-200X> E-mail: yuldasheva.gulnoz@bsmi.uz
Jalolova M.A. <https://orcid.org/0009-0003-5601-7637> E-mail: jalolovamarjona.0708@gmail.com

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston,
Buxoro, A. Navoiy ko'chasi. Tel: +998 (65) 223-00-50 Elektron pochta: info@bsmi.uz

✓ **Rezyume**

Chaqaloqning juda kam vaznli bo'lishi (CHVB) zamonaviy neonatologiyada eng dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda, chunki u yuqori kasallanish, o'lim va uzoq muddatli salbiy oqibatlar xavfiga ega. Perinatal tibbiyot va hamshiralik texnologiyalaridagi sezilarli yutuqlarga qaramay, ELBW yangi tug'ilgan chaqaloqlar jiddiy asoratlar xavfi yuqori bo'lib qolmoqda. Ushbu maqolada xavf omillari, klinik xususiyatlar, davolash usullari va juda kam vaznli yangi tug'ilgan chaqaloqlarning natijalari bo'yicha joriy ma'lumotlarga umumiy nuqtai nazar keltirilgan.

Kalit so'zlar: juda kam vaznli tug'ilish, muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloqlar, hamshiralik, xavf omillari.

Актуальность

Экстремально низкая масса тела при рождении, определяемая как масса тела менее 1000 г, является важным показателем неблагоприятного течения перинатального периода. По данным Всемирной организации здравоохранения, недоношенность и связанные с ней осложнения занимают ведущее место среди причин неонатальной смертности во всем мире [1,22,31]. Ежегодно в мировом масштабе, один ребенок из десяти или около 15 миллионов детей, рождаются преждевременно. Во всем мире колеблется от 5 до 18% и последние годы не имеет динамики к снижению. Из числа родившихся недоношенными, более 1 млн. умирают вскоре после рождения; среди выживших высока вероятность заболевания, которая в последствии может привести к возникновению пожизненной физической и неврологической инвалидности. По этой причине преждевременные роды продолжают оставаться одной из сложных и наиболее актуальных проблем акушерства и перинатологии [8,25,26].

Распределение частоты случаев ПР по гестационным срокам показало, что до 5% случаев ПР происходит до 28 недель, около 15% – в течении 28-32 недели, не более 20% – при сроке 32-33 недели, более 2/3 60-70% – соответственно при сроках до 37 недели [5,16,30].

В крупных мировых перинатальных центрах с высоким уровнем оказания помощи около 85% новорожденных детей с очень низким весом при рождении выживают и выписываются домой. Данный показатель значительно варьирует в зависимости от срока гестации и массы тела младенца. Так, в Японии выживаемость детей с массой тела менее 1500 г приближена к 90 %, 19 % из них в дальнейшем имеют неврологические осложнения [7,11,21,33].

В США две трети случаев младенческой смертности приходится на недоношенных, более половины из которых - дети с ЭНМТ. Проведенный анализ смертности детей с ЭНМТ Т. Nakhla с соавт. показал, что их общая летальность составила 67 %, причем в подгруппе детей с массой 500 – 749 г умирает 85 %, а в подгруппе детей с массой 750-1000 г – 49 %. Безусловно, наиболее уязвимый и сложный контингент представляют собой младенцы, рожденные ранее 26 недель гестации и с весом менее 700 г. Считается, что срок гестации 22-24 недели и масса 500-600 г являются пределом жизнеспособности, при этом летальность остается очень высокой даже в экономически развитых странах. В США выживаемость таких детей до момента выписки из стационара составляет 13 %, а при сроке более 26 недель – 70 %; в дальнейшем тяжелую патологию нервной системы имеют 70 % и 30 % детей, соответственно [6,7,10,29,32].

Многие авторы указывают на влияние пола ребенка и рождения близнецов на показатели выживаемости, называя женский пол и одноплодную беременность благоприятными факторами для выживания [1, 7, 10].

По данным Н.В. Башмаковой с соавт., в группе детей с массой тела 500-749 г летальность составила 54,8 %, при массе тела 750 - 999г - 11,5 %. При этом в 1-й группе летальность на первой неделе жизни была в 5 раз выше, чем во 2-й группе [3,26].

С биологической точки зрения выживаемость новорожденного ребенка напрямую связана с постнатальным возрастом [2,8]. Особенно четко данная закономерность прослеживается у детей с ЭНМТ. По данным Т. Nakhla и соавторов, среди умерших новорожденных с ЭНМТ в первую неделю жизни умерло 49 % детей, 17 % - на второй неделе и только 9 % после второго месяца жизни [9,10,24,27].

Швейцарские специалисты считают, что объем медицинских вмешательств в 22-23 недели гестации должен ограничиваться паллиативными мероприятиями, с учетом ограниченных шансов на успех. При этом объем акушерских вмешательств и интенсивной терапии должен

обсуждаться коллегиально с родителями. С 25 недели акушерская тактика определяется интересами плода, и проводится полный объем неонатальной реанимации и интенсивной терапии [8]

Большинство авторов отмечают, что основу ухода за глубоко недоношенными детьми составляет абилитация, т.е. создание условий для поступательного развития с постепенным приобретением возрастных умений и навыков. Ранняя профилактика нейросенсорных и когнитивных нарушений необходима с первых минут жизни. Она включает создание охранительного режима с минимизацией «агрессивных» факторов окружающей среды, таких как шум, яркий свет, вибрация, излишние манипуляции, создающие «дефицит отдыха» у ребенка. Применение в условиях ОРИТ тактильного контакта, методики «кенгуру», тонкого пальцевого тренинга, музыкотерапии положительно влияет на новорожденного и его мать. Научно доказана результативность и высокая эффективность этих методов: у младенца улучшается соматический, неврологический статус, восстанавливается состояние эмоционального комфорта. Для глубоко недоношенных детей целесообразно сочетание двух-трех «мягких» методов физического воздействия с психоэмоциональной и психосенсорной коррекцией. Тяжелое состояние и внешний вид незрелого младенца, вынужденное пребывание в атмосфере стационара, отсутствие возможности постоянного взаимодействия с ребенком в ОРИТ вызывают у матери и ближайших родственников состояние тяжелейшего стресса, поэтому важна организация психологической помощи семье недоношенного ребенка [1, 4, 5]

Формирование ЭНМТ при рождении носит многофакторный характер. К основным материнским факторам риска относятся экстрагенитальные заболевания, осложнённое течение беременности, инфекционные процессы, преэклампсия, плацентарная недостаточность, а также неблагоприятные социально-экономические условия. Существенную роль играют акушерские факторы, включая многоплодную беременность, преждевременный разрыв плодных оболочек и преждевременные роды. Немаловажное значение имеют качество антенатального наблюдения и своевременность проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома у плода [13,19,29].

Ведение новорождённых с ЭНМТ основывается на принципах щадящей интенсивной терапии, направленной на минимизацию ятрогенных повреждений. Ключевыми аспектами являются ранняя респираторная поддержка, рациональное применение сурфактанта, контроль кислородной терапии и оптимизация параметров вентиляции лёгких. Особое значение придаётся нутритивной поддержке, включающей раннее парентеральное питание с последующим постепенным переходом на энтеральное кормление, предпочтительно грудным молоком. Важную роль играют методы развивающего ухода и участие родителей в процессе выхаживания [15,20].

Несмотря на улучшение показателей выживаемости, новорождённые с ЭНМТ остаются группой высокого риска развития неблагоприятных отдалённых исходов. Среди них ведущими являются бронхолёгочная дисплазия, ретинопатия недоношенных, нарушения слуха и зрения, а также задержка психомоторного и когнитивного развития. Отдалённые последствия во многом зависят от гестационного возраста, массы тела при рождении, тяжести перенесённых осложнений и качества оказанной неонатальной помощи. Это подчёркивает необходимость длительного диспансерного наблюдения и междисциплинарного подхода к реабилитации данной категории детей [1,9,25,28].

Проведены научные исследования в рамках работы кабинета катамнеза в 2012–2014 гг. у детей с ГВ при рождении ≤ 27 нед показали, что у всех детей в возрасте 1 года были диагностированы последствия перинатальных поражений ЦНС. У 22,2 % сформировались неблагоприятные неврологические исходы: детский церебральный паралич -8,3 %, органическое поражение ЦНС – 8,3 %, гидроцефалии – 5,5 % детей. Полученные авторами данные о частоте встречаемости неблагоприятных неврологических исходов у глубоконедоношенных детей согласуются с данными литературы. Потеря зрения на 50 % вследствие ретинопатии недоношенных выявлена у 5,5 % детей. У 1 ребенка диагностирована нейросенсорная тугоухость II степени. Клинические проявления бронхолегочной дисплазии сохранялись к году жизни у - 19,4 %. К году жизни инвалидность была присвоена -22,2 % детям, из них -16,7 % вследствие неврологической патологии и 5,6 % как следствие ретинопатии недоношенных [3,8,23].

Заключение

Экстремально низкая масса тела при рождении остаётся одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной неонатологии. Совершенствование антенатальной охраны плода, внедрение современных технологий интенсивной терапии и развитие программ последующего наблюдения позволяют улучшить выживаемость и качество жизни детей с ЭНМТ. Вместе с тем проблема требует дальнейших научных исследований, направленных на оптимизацию профилактики, лечения и реабилитации данной группы пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айламазян Э.К., Евсюкова И.И. Дискуссионные проблемы преждевременных родов и выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. Журн акуш и жен бол. 2011;60(3):183–188.
2. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Беляева И.А. Недоношенные дети: современные подходы к выхаживанию и реабилитации. М.: Педиатрия; 2020. 256 с.
3. Бахметьева О.Б. Факторы риска формирования бронхолегочной дисплазии у детей с экстремально низкой массой тела. Children's Medicine of the North-West. 2025;77(56). DOI:10.56871/CmN-W.2025.77.56.013.
4. Башмакова Н.В. Выживаемость и актуальные перинатальные технологии при выхаживании новорожденных с экстремально низкой массой тела. Рос вестн акуш-гин. 2012;(1):4–7.
5. Башмакова Н.В., Каюмова А.В., Мелкозерова О.А. Анализ ведения преждевременных родов, закончившихся рождением детей с экстремально низкой массой тела: первый опыт в эру новых критериев живорождения. Акуш и гин. 2013;(6):41–45.
6. Виноградова И.В., Иванов Д.О. Показатели развития детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, в возрасте 1 года. Вопр практ педиатр. 2014;9(3):52–55.
7. Володин Н.Н. Неонатология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007. 848 с.
8. Коваленко Т.В., Зернова Л.Ю., Бабинцева Н.В. Результаты выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. Практ мед. 2013;(6):84–89.
9. Всемирная организация здравоохранения. Недоношенность и низкая масса тела при рождении. Информационный бюллетень ВОЗ. Женева; 2022.
10. Давыдова И.В. Современные возможности прогнозирования формирования бронхолегочной дисплазии у недоношенных детей. Доктор.Ру. 2025;24(3):76–79.
11. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Сухих Г.Т. Акушерство: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 1088 с.
12. Курочка М.П., Гайда О.В., Волокитина Е.И. Факторы риска развития сверхранных преждевременных родов: собственный опыт. Рос вестн акушера-гинеколога. 2018;(2):65–70.
13. Лебедева О.В. Заболеваемость и смертность детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: факторы риска и пути снижения. Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015;9(2):30.
14. Лебедева О.В. Оптимизация диагностики, прогнозирования и профилактики перинатальных осложнений у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Астрахань; 2015. 49 с.
15. Малышкина А.И., Песикин О.Н., Назаров С.Б., и др. Экстремально ранние преждевременные роды: исходы для детей в условиях поэтапного оказания медицинской помощи. Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. 2015;(1):17–21.
16. Новикова В.А., и др. Нерешенные вопросы преждевременных родов при преждевременном разрыве плодных оболочек. Рос вестн акуш-гин. 2012;12(4):25–31.
17. Байбарина Е.Н., Малышкина А.И., Назаров С.Б., и др. Организация катamnестического наблюдения детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Методическое письмо. Иваново; 2013. 16 с.
18. Полянина Э.З., Кузьмина О.Н., Трамбицкая Е.Л. Особенности течения респираторного дистресс-синдрома у недоношенных детей с сопутствующими токсико-метаболическими

- поражениями ЦНС. В: Проблемы и перспективы развития науки в России и мире. Уфа: Аэтерна; 2016. Ч. 2. С. 155–163.
19. Полянина Э.З., Лебедева О.В., Неврюзина Г.О. Принцип абилитации в системе медико-педагогической коррекции детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела. В: Теоретические и практические аспекты психологии и педагогики. Уфа: Аэтерна; С. 124–138.
 20. Полянина Э.З., Мелюченкова М.А., Утешова И.А. Показатели красной крови у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела на фоне комплексного лечения ранней анемии недоношенных. Символ науки. 2017;(1-2):261–265.
 21. Савельева Г.М., и др. Преждевременные роды как важнейшая проблема современного акушерства. Акуш и гин. 2012;(8-2):4–10.
 22. Савельева Г.М., и др. Принципы ведения осложненных родов. Вопр гин акуш и перинатол. 2012;11(1):68–74.
 23. Серов В.Н., Сухорукова О.И. Эффективность профилактики преждевременных родов. Акуш и гин. 2013;(3):48–53.
 24. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006. 448 с.
 25. Панина О.Б., и др. Угроза преждевременных родов: верификация диагноза. Вопр гинекол акуш и перинатол. 2012;11(3):26–30.
 26. Царева Ж.А., Царькова С.А., Лещенко И.В. Эволюция оценки кардиоваскулярных последствий бронхолегочной дисплазии от детства до взрослого возраста. Рос мед журн. 2025;(8).
 27. Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. JAMA. 2010;304(9):992–1000.
 28. Namba F, et al. Placental features of chorioamnionitis colonized with Ureaplasma species in preterm delivery. Pediatr Res. 2010;67(2):166–172.
 29. Никитина И.В., Инвиева Е.В., и др. Plasma cytokine level changes in preterm neonates with respiratory disorders in the early neonatal period. Акушерство и гинекология. 2021;(8):133–142.
 30. Shankaran S, Das A, Bauer CR, et al. Association between patterns of respiratory disease and neurodevelopmental outcome in extremely low birth weight infants. J Perinatol. 2017;37:118–124.
 31. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, et al. Trends in care practices, morbidity, and mortality of extremely preterm neonates, 1993–2012. JAMA. 2015;314(10):1039–1051.
 32. Subramanian S, Rosenkrantz TB. Extremely low birth weight infant. Medscape Reference. 2012;(2):2–3.
 33. Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, et al. European consensus guidelines on the management of respiratory distress syndrome — 2019 update. Neonatology. 2019;115:432–450.
 34. Volpe JJ. Neurology of the Newborn. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. 1120 p.

Поступила 20.01.2026