

СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У НОВОРОЖДЁННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС ГИПОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Аджаблаева Д.Н.

Самаркандский Государственный медицинский университет

АННОТАЦИЯ

В настоящее время перинатальное поражение центральной нервной системы новорожденных занимают важное место в структуре патологии детей раннего возраста, что связано с высокой распространенностью, тяжестью клинических проявлений. **Цель:** определить структуру клинических симптомов у новорождённых с перинатальным поражением ЦНС гипоксического генеза. **Материалы и методы:** обследовано 120 новорождёнными с перинатальным поражением ЦНС средней и тяжёлой степени нарушений: I группу составили 40 новорождённых с перинатальным поражением ЦНС гипоксического генеза средней степени тяжести, во II группу вошли 40 новорождённых с перинатальным поражением ЦНС гипоксического генеза тяжёлой степени тяжести. **Результаты:** проведенный нами анализ показателей относительного риска (RR) у новорожденных основной и контрольной групп, позволяет сделать заключение, что модифицирующими факторами риска развития перинатальной энцефалопатии средней степени тяжести являются угроза выкидыша, токсикозы, возраст матери старше 35 лет, анемия средней тяжести, острые инфекции верхних дыхательных путей, гинекологическая патология. Нами также установлено, что модифицирующими факторами риска развития перинатальной энцефалопатии тяжелой степени являются мертворождаемость, вредные привычки у отца, близкородственный брак, ожирение, хронические очаги инфекции, острые бактериальные инфекционные заболевания, урогенитальная инфекция.

Ключевые слова: новорожденные, факторы риска, перинатальная энцефалопатия, относительный риск, достоверность

Актуальность. В настоящее время перинатальное поражение центральной нервной системы новорожденных занимают важное место в структуре патологии детей раннего возраста, что связано с высокой распространенностью, тяжестью клинических проявлений и риском формирования инвалидности.

Цель: определить структуру клинических симптомов у новорождённых с перинатальным поражением ЦНС гипоксического генеза..

Материалы и методы. Мы изучили анамнестические, клинические, инструментальные, общепринятых лабораторные, параклинические данные наблюдения за 120 новорождёнными с перинатальном поражением ЦНС средней и тяжёлой степени нарушений, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорождённых и отделении неонатальной реанимации Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра г. Самарканда в период с 2021 по 2024 годы.

Больные были разделены на III группы: I группу составили 40 новорождённых с перинатальным поражением ЦНС гипоксического генеза средней степени тяжести. Во II группу вошли 40 новорождённых с перинатальным поражением ЦНС гипоксического генеза тяжёлой степени тяжести. Результаты проведенных нами исследований вносили в базу данных с последующей статистической обработкой. Далее проводился анализ с помощью пакета статистической программы «Statistica6.0» с использованием библиотеки статистических функций с вычислением среднего арифметического значения (M), ошибки среднего арифметического значения (m), критерия Стьюдента (t). Значение $p < 0,05$ было принято в качестве порогового уровня статистической значимости.

Результаты и их обсуждение. При анализе родов выявлено, что все дети с перинатальной энцефалопатией родились доношенными с гестационным возрастом 38-42 недель, масса тела при рождении составляла от 2800-4010 грамм.

Среди обследованных мальчиков было 44, девочек 36; в возрасте 3-7 дня – 21 детей, 9-28 дней 59 (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных детей по полу и возрасту в группах обследования

| Обследуемые | Количество | Пол | | Возраст | |
|-------------|------------|----------|---------|----------|-----------|
| | | Мальчики | Девочки | 3-7 дней | 8-28 дней |
| I группа | 40 | 20 | 20 | 8 | 32 |
| II группа | 40 | 16 | 24 | 13 | 27 |
| Всего | 80 | 36 | 44 | 21 | 59 |

Из всех больных 13 (10,8%) переведены из родильных домов в течение третьей сутки от начала заболевания, 63 (52,5%) – на 1-7 сутки и остальные 44 (36,7%) – в течение 8-28 суток.

Распределение поступивших больных по длительности и тяжести поражения ЦНС представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение обследованных больных детей по длительности заболевания на момент поступления

| Длительность заболевания | Количество обследованных | |
|--------------------------|--------------------------|------------------|
| | I группа (n=40) | II группа (n=40) |
| 3-7 дни | 19 (58,0%) | 24 (60,0%) |
| 8-28 дней | 21 (42,0%) | 16 (40,0%) |

Таблица 3

Распределение поступивших больных по дням и по тяжести заболевания представленных

| Степень тяжести | Количество новорождённых по степени | Количество новорождённых по степени | |
|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|
| | | 3-7 дни | 8-28 дней |
| Средней | 40 | 13 | 27 |
| Тяжёлой | 40 | 15 | 25 |
| Итого | 80 | 28 | 52 |

Анализ распределения больных по дням жизни и по тяжести заболевания показывает, что поступление больных из родильных домов начиная с 8 суток, связано с тяжестью поражения ЦНС и возможностью ухудшения транспортировки из другого стационара, а как известно, строгий покой является одним из основополагающих принципов лечения новорождённых с поражением мозга в первые дни жизни, в этой связи значительно чаще поступали больные с тяжёлой степенью поражения ЦНС.

В то же время, очевиден факт, что больные с тяжёлой степенью тяжести, поступали в более ранние сроки и только из родильных домов, вследствие необходимости специализированной медицинской помощи, в том числе по проведению полного комплексного объёма исследования, а необходимости специализированной неврологической и нейрохирургической помощи.

Клинические неврологические признаки у новорожденных обеих групп (в %) представлена в таблице 4.

Таблица 4
Частота клинических симптомов у новорождённых с поражением ЦНС гипоксического генеза (%)

| № | показатели | I группа (n=40) | | II группа (n=40) | |
|-----|--------------------------------------|-----------------|------|------------------|------|
| | | Абс. | % | Абс. | % |
| I | Синдром угнетения | | | | |
| 1 | Не активен | 19 | 47,5 | 19 | 47,5 |
| 2 | Тонус мышц понижен | 10 | 25,0 | 13 | 32,5 |
| 3 | Сонливость | 14 | 35,0 | 25 | 62,5 |
| II | Синдром возбуждения: | | | | |
| 1 | Тревожен и возбужден | 7 | 17,5 | 16 | 40,0 |
| 2 | Дрожание подбородка | 22 | 55,0 | 25 | 62,5 |
| 3 | Тремор конечностей | 16 | 40,0 | 21 | 52,5 |
| 4 | Нарушение рефлексов | 6 | 15,0 | 12 | 30,0 |
| | Непроизвольное подергивание мышц | 4 | 10,0 | 8 | 20,0 |
| III | Синдром внутричерепной гипертензии: | | | | |
| 10 | Повышенная возбудимость | 15 | 35,0 | 17 | 42,5 |
| 11 | Набухание и уплотнение родничка | 5 | 12,5 | 10 | 25,0 |
| 12 | Частые срыгивания и рвота | 11 | 27,5 | 20 | 50,0 |
| 13 | Избыточный рост окружности головы | 3 | 7,5 | 4 | 10,0 |
| IV. | Нарушение мышечного тонуса: | | | | |
| 15 | Гипотонус | 8 | 20,0 | 13 | 32,5 |
| 16 | Гипертонус | 8 | 20,0 | 16 | 37,5 |
| V. | Нарушение глазодвигательной системы: | | | | |
| 17 | Горизонтальный нистагм | 9 | 22,5 | 13 | 32,5 |
| 18 | Вертикальный нистагм | 8 | 20,0 | 11 | 27,5 |
| 19 | Симптом Грефе | 4 | 10,0 | 9 | 22,5 |
| 20 | Сходящиеся косоглазие | 2 | 5,0 | 7 | 17,5 |

Анализ проведённого исследования показывает, что при синдроме угнетения: недостаточная активность новорождённого наблюдалась у 19 (47,5%) в I и II группах, снижение тонуса мышц у 10 (25,0%), 13 (32,5%); сонливость отмечалась у 14 (35,0%), 25 (62,5%) новорожденных; синдром возбуждения: тревожность и возбуждение наблюдались у 7 (17,5%) новорождённых I группы, у 16 (40,0%) II группы, дрожание подбородка у 22 (55,0), 25 (62,5%) детей, тремор конечностей наблюдался у 16 (40,0%), 21 (52,5%) нарушение рефлексов было определено у 6 (15,0%), 12 (30,0%) пациентов, непроизвольное подергивание мышц наблюдалось у 4 (10,0%), 8 (20,0%) новорожденных; по синдрому внутричерепной гипертензии наблюдались следующие симптомы:

гипервозбудимость у 15 (35,0%), 17 (42,5%), также были выявлены выбухание и уплотнение родничка у 5 (12,5%), 10 (25,0%), частые срыгивания и рвота наблюдались у 11 (27,5%), 20 (50,0%), избыточный рост окружности головы наблюдались у меньшинства новорождённых в следующем количестве 3 (7,5%), 4 (10,0%) соответственно; отмечено также нарушение мышечного тонуса: гипотонус у 8 (20,0%), 13 (32,5%), и гипертонус у 8 (20,0%), 16 (37,5%) новорожденных. Выявлены нарушения глазодвигательной системы: горизонтальный нистагм был у 9 (22,5%), 13 (32,5%), вертикальный нистагм у 8 (20,0%), 11 (27,5%), симптом Грефе у 4 (10,0%), 9 (22,5%) новорожденных, сходящееся косоглазие у 2 (5,0%), 7 (17,5%) новорожденных детей, соответственно поражения ЦНС гипоксического генеза (I группа и II группы наблюдения).

Из вышепредставленной таблицы 4 можно сделать вывод, что чем тяжелее степень поражения ЦНС новорождённых, тем выше вероятность частоты встречаемости симптомов, приводящих к тяжёлым синдромам.

Структура клинических симптомов у больных новорождённых с перинатальным поражением ЦНС гипоксического генеза, в динамике показывала, что внезапное ухудшение статуса ребенка с перехода синдрома угнетения в синдром гипервозбудимости и наоборот.

Литература:

1. Abdukhakov B. A. The effect of anti-tuberculosis treatment measures on the functional state of the thyroid gland. *Journal of Cardiorespiratory Research*. 2020.1(3). 11-18. (in Uzb).
2. Abdukhakov B. A. Emotional state of tuberculosis patients and their family members. *Innovations in pedagogy and psychology*. 2021; 4(1). 16-19. (in Uzb).
3. Adzhablayeva D.N. Main epidemiological indicators of respiratory tuberculosis among children and adolescents in the Samarkand region: the state of the problem and possible ways to resolve it. *Universum: medicine and pharmacology*. 2014; 9 (10). 2. (in Russ).
4. Anisimova T.P., Adzhablayeva D.N., Kadyrov I.K., Khodzhaeva S.A., Kim A.A. Analysis of cases of complicated course of tuberculous spondylitis. *Academic Journal of Western Siberia*. 2013; 9(1). 46-47. (In Russ).
5. Ashurov A. A., Abdukhakov B. A. Consequences of anti-tuberculosis treatment in patients with thyroid pathology. *Academic research in educational sciences*. 2022; 3(8). 166-173. (in Uzb).
6. Ashurov A., Abdukhakov B. Features of the course of pulmonary tuberculosis in children in combination with helminthiasis. *Journal of Cardiorespiratory Research*. 2022; 2(3). 69–72. <https://doi.org/10.26739.2181-0974-2021-3-13>.

7. Ashurov A.A. The importance of providing palliative care to patients with severe and chronic forms of tuberculosis. Journal of the Doctor's Bulletin. 2020; 2. 52-55. <https://doi.org/10.38095/2181-466X-2020942-52-55>.
8. Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of latent tuberculosis infection in children. – Moscow: ROOI “Human Health”. 2015; 36.
9. Global tuberculosis report 2023; 978924008385eng.pdf (who.int)
10. Goletti D. et al. Update on tuberculosis biomarkers: from correlates of risk, to correlates of active disease and of cure from disease. Respirology. 2018; 23(5). 455-466.
11. Khodzhaeva S., Adzhablayeva D., Mamatova N. Current issues of genital tuberculosis in women and men. The influence of the tuberculosis process on fertility. Journal of the Doctor's Bulletin. 2011; 1(2). 151-153. (In Russ).
12. Mamatova N. T. et al. The influence of improving mental state on the effectiveness of treatment of women with respiratory tuberculosis. Science and Education. 2023; 4(4). 156-165.