

УДК: 616-002:612. 017.1-053.31-08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

*Ашурова Низора Гафуровна,
Юлдашева Гулноз Гиясовна,
Навруз-зода Махлиё Мансуровна*

*Бухарский государственный медицинский институт имени
Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан*

Резюме: В данной статье приведены результаты изучения особенности транзиторной желтухи у недоношенных новорожденных детей, родившихся от матерей с преэклампсией. Установлено, что у недоношенных детей этой категории наблюдается более длительное и выраженное течение гипербилирубинемии, которое заметно влияет на течении раннего адаптационного периода новорождённых.

Ключевые слова: билирубин, неонатальная желтуха, недоношенные дети, преэклампсия.

Актуальность: Преэклампсия является на протяжении долгого времени ведущей причиной материнской и плодовой/младенческой заболеваемости и смертности, а также неблагоприятных перинатальных исходов. Перинатальная смертность при этом осложнении беременности может достигать 30%, а перинатальная заболеваемость – 80%. Преэклампсия является наиболее серьезным осложнением беременности, представляющим опасность для жизни матери и ребёнка. Почти всегда при нем, вследствие нарушения функции жизненно важных органов — головного мозга, печени, легких, почек, — формируется и прогрессирует полиорганная недостаточность. Последствия перенесенного осложнения проявляются не только в раннем послеродовом периоде, но и в последующие годы жизни женщины.

Адаптация недоношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде, прежде всего зависит от адекватности функционирования системы «мать- плод», которая нарушается при различных осложнениях беременности. Частота фетоплацентарной недостаточности (ФПН) при преэклампсии составляет от 30,3 до 60% и служит основной причиной внутриутробной гипоксии, синдрома внутриутробной задержки развития. Неонатальная желтуха – это синдром, обусловленный накоплением в крови и тканях организма билирубина (как прямого, так и непрямого), что приводит к желтушному окрашиванию кожи,

слизистых и склер. Желтуха наблюдается у 65 – 70% новорожденных на первой неделе жизни, но только примерно в 10% случаев она является патологической.

Неонатальная желтуха (НЖ) занимает ведущее место в структуре гипербилирубинемий (ГБ) у детей раннего возраста. По различным данным, на первой неделе жизни желтуха встречается в 25–50% у доношенных новорожденных и в 70–90% недоношенных.

Цель исследования

Изучить частоту встречаемости и особенности клинического течения желтухи у недоношенных новорожденных родившихся от матерей с преэклампсией в Бухарской области.

Материал и методы

Обследованы 40 недоношенных новорожденных детей. Основную группу составили 22 недоношенных детей, родившихся от матерей с преэклампсией (I группа). Контрольную группу составили 18 недоношенных детей, родившихся от матерей без преэклампсии (II группа - сравнительная). Родильницы обратились в БОДММЦ родившихся в периоде от 09.2022 до 05.2023. В обеих группах исследованы проведены исследования, включающие изучение акушерско-гинекологического и соматического анамнеза матерей, оценка новорождённых по шкале Апгар и Крамера, клинико-лабораторные и инструментальные исследования, в том числе: общий анализ крови, биохимический анализ крови на билирубин, Щелочная фосфатаза, АсАТ, СОЭ)

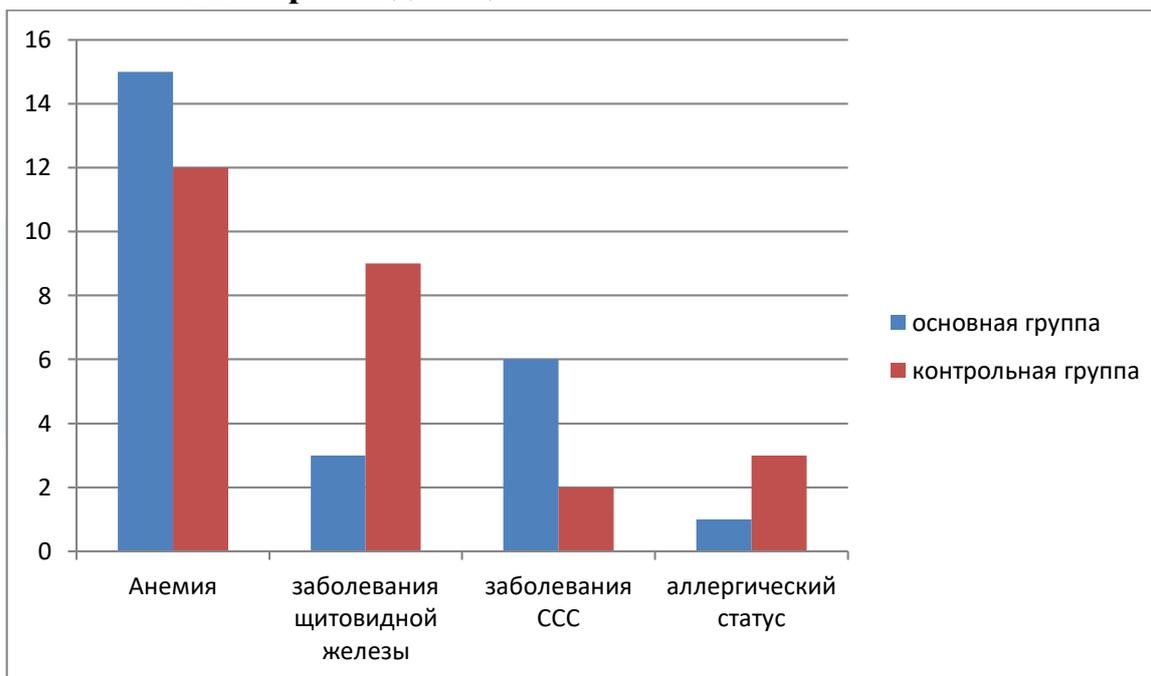
Результат и обсуждение.

По результатам исследования выявлено, что средний возраст женщин с преэклампсией составил $28,6 \pm 5,9$ лет, в группе сравнения был $26,6 \pm 5,3$ лет. Роженицы с преэклампсией проживали в основном в городской местности (87%), тогда как большинство женщин контрольной группы были сельчане (77,8%). Выявлено, что у женщин основной группы образ жизни и работа связана со стрессами, так как многие из них являются студентами, учителями и офисными работниками (18 рожениц -75%). Уточнён паритет обследованных женщин, который приведён в таблице № 1.

Распределение обследованных женщин по паритету

Число родов	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс=24		Абс=18	
Первородящая	4	16,7%	4	22,2%
Вторые роды	9	37,5%	7	38,9%
Многорожавшие	11	45,8%	6	33,4%
Часторожавшие	-	-	1	5,56%

Сопровождающие соматические заболевания:



Из вышеприведенной таблицы мы можем выявить что, соматические заболевания больше встречались у женщин из контрольной группы. Была выявлена тенденция к увеличению возраста женщин с преэклампсией, однако достоверных возрастных различий обнаружено не было, и отсутствовали существенные отличия по паритету беременности и родов.

Была изучена срок гестации новорожденных детей так как это имеет особо важное значение в проявлении симптомов заболеваний.

Распределение по сроку гестации:

Срок гестации	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс=24		Абс=18	
22-28 недель	5	20,83%	2	11,1%
29-36 недель	19	79,1%	16	88,9%

Из данных таблицы следует что почти каждый четвертый ребенок от матери с преэклампсией рождается глубоко недоношенным, в то время как в контрольной группе это составила один из 8 живорожденных недоношенных. Показатели различаются в 2 раза. Метод родоразрешения у всех женщин зависел от различных факторов и в первую очередь определялся сроком гестации, акушерской ситуацией, экстрагенитальной патологией, тяжестью преэклампсии и выраженностью внутриутробной гипоксии плода. Так, в основной группе 80% женщин были родоразрешены оперативным путем, а в

группе сравнения лишь 10%. В основной группе оперативное родоразрешение женщин проводилось чаще, чем в группе сравнения. Родоразрешения путем операции кесарево сечение приводит к уменьшению перинатальной смертности и незначительно способствует снижению заболеваемости недоношенных детей.

Всем новорожденным проводилось полное клиническое обследование, включающее оценку состояния ребенка при рождении и в динамике. Оценка состояния новорожденного ребенка в первую очередь отражает его жизнеспособность и возможность адаптации к внешней среде в течение первых 7 дней жизни. С использованием шкалы Апгар проводилась оценка тяжести состояния новорожденных при рождении сразу и через 5 минут рождения. Оценка производилась на первой и пятой минуте после рождения путем суммирования баллов каждого признака. Основная задача оценки по шкале Апгар - определить наличие асфиксии у ребенка и степень ее тяжести. В состоянии асфиксии родилось 85% недоношенных новорожденных от женщин с преэклампсией в группе сравнения 25%. Была изучена степень желтушности по шкале Крамера.

Оценка степени желтушности по шкале Крамера

Степень желтушности	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс=24		Абс=18	
I	2	8.3%	1	5.56%
II	2	8.3%	3	16.7%
III	6	25%	6	33.3%
IV	5	20.8%	6	33.3%
V	9	37.5%	2	11.1%

После объективного осмотра установлено большее встречаемости тяжелой степени желтушности в группе детей от матерей с преэклампсией. Это связано с большим количеством глубоко недоношенности и нарушением во внутриутробного развития из-за состояния матери.

Для сравнения уровня тяжести желтушности в обеих группах ниже приведены по одному примеров лабораторных данных детей которые родились в сроке гестации 34 недели:

Сравнение лабораторных показателей:

Группа	Основная группа			Контрольная группа		
	3 день жизни	7 день жизни	21 день жизни	3 день жизни	7 день жизни	21 день жизни
Показатели						

Билирубин	185	178	160	170	165	65
Щелочная Фосфатаза	85	83	82	85	84	84
АсАт	40	39	35	35	32	30
СОЭ	25	24	23	24	24	20

Очевидно то, что уровень билирубина у недоношенного ребенка из основной группы высокий и стойкий, так как по истечению времени снижается в очень малых темпах. Это связано с недоразвитием всех органов и систем особенно печени и селезенки, которые участвуют в обмене билирубина. Одним из грозных осложнений гипербилирубинемии является Билирубиновая энцефалопатия. У недоношенных детей вероятность билирубинового поражения ЦНС развивается при более низких концентрациях билирубина, чем у доношенных новорожденных, и зависит от концентрации билирубина в крови и массы тела ребенка при рождении.

Вывод: Таким образом, гипербилирубинемия является наиболее частым осложнением течения беременности у женщин с преэклампсией в 100% случаев и достоверно отличается от группы сравнения. Гипербилирубинемия у недоношенных детей протекает более выраженной клинической и лабораторной картиной, которое длится более 21 дней раннего неонатального периода. Недоношенным детям от женщин с преэклампсией необходимо тщательное клиничко-лабораторное обследование и организация выхаживания осуществлять на основе единых принципов, включающих мероприятия, по созданию щадящих условий для ранней адаптации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аржанова О.Н. Роль артериальной гипертензии в патогенезе гестоза и плацентарной недостаточности /«Журнал акушерства и женских болезней».- 2010.- том LIX выпуск 1.- С.31-35.
2. Принципы терапии плацентарной недостаточности и синдрома задержки роста плода /И.В. Игнатко, А.И. Давыдов, М.В. Рыбин. //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2006.- т.5. №6 С.68-74.
3. Макаров О.В. Доплерометрия как основной метод в оценке системы мать-плацента-плод у беременных с гипертензивным синдромом/О. В. Макаров, Е.В. Волкова, П.В. Козлов, М.А. Пониманская //Акушерство и гинекология. - 2009. - №4. С. 3-6.
10. Basso O., Wainberg C.R., Baird D.D. et al. //Am.

J.Epidemiol., 2003, v.157, p. 195-202.

11. Freed K.A., Cooper D.W., Brenneke S.P. et al. // Mol.

Hum. Reprod. 2005, v.11, p.431

11. Ашурова Н.Г., Комилова Г.К. Клиническая характеристика детей, родившихся от матерей, с сахарным диабетом. Материалы всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием Махачкала. - 2018. - С. 34-36.

12. Гулямова М.А., Хусанова Т.Ш., Ходжиметова Ш.Х., Рузметова Г.Б. “ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ”