

ВЛИЯНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ МАТЕРИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ**Г.Х. Исломова, З.Ф. Сафоева, М.М. Тухтаева**

Самаркандский Государственный медицинский институт

Ключевые слова: новорожденные, преэклампсия, поражение ЦНС.**Таянч сўзлар:** янги туғилган чақалоқлар, преэклампсия, марказий асаб тизимининг зарарланиши.**Key words:** newborns, preeclampsia, CNS lesion.

Изучено состояние 65 новорожденных родившихся от матерей имевших преэклампсию и от физиологически протекающей беременности. Было выявлено, что преэклампсия матери значительно влияет на состояние здоровья новорожденного и с большей частотой приводит к поражению ЦНС, при этом в группе детей родившихся от матерей с преэклампсией, отмечаются более тяжелые синдромы поражения ЦНС.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРГА ОНАСИНИ ПРЕЭКЛАМПСИЯ ҲОЛАТИНИНГ ТАЪСИРИ**Г.Х. Исломова, З.Ф. Сафоева, М.М. Тухтаева**

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти

Онасида преэклампсия ҳолати бор 65 нафар янги туғилган чақалоқлар ва физиологик кечган ҳомиладорликдан туғилган чақалоқлар ўрганилди. Онасининг преэклампсия ҳолати янги туғилган чақалоқ саломатлигига салбий таъсири аниқланди ва кўп ҳолларда марказий асаб тизимининг зарарланишига олиб келди, шу билан бирга онасида преэклампсия ҳолатида туғилган чақалоқлар гуруҳида марказий асаб тизимининг оғир даражаларда зарарланиши кузатилди.

INFLUENCE OF MOTHER'S PREECLAMPSY ON THE STATE OF NEWBORNS**G.Kh. Islomova, Z.F. Safoyeva, M.M. Tukhtayeva**

Samarkand state Medical Institute

The state of 65 newborns born from mothers who had preeclampsia and from a physiologically occurring pregnancy was studied. It was found that the preeclampsia of the mother significantly affects the health of the newborn and leads to a greater frequency in the CNS lesion, while in the group of children born to mothers with preeclampsia, more severe syndromes of the CNS are noted.

Актуальность проблемы. Несмотря на значительное совершенствование акушерской помощи, гипоксия плода и постгипоксический синдром новорожденного остаются одной из наиболее важных проблем неонатологии [1,2,3]. Так, по данным экспертов ВОЗ, 1-место в структуре перинатальной смертности принадлежит гипоксии и постгипоксическому синдрому, которые составляют около 48%, при этом 10-15% новорожденных переносят гипоксию средней или тяжелой степени, с развитием в последующем гипоксически-ишемической энцефалопатии и поражением всех органов. Основными причинами гипоксии плода являются осложнения беременности (токсикозы, преэклампсия, фетоплацентарная недостаточность) [2,3,4,5].

Так, преэклампсия занимает 2-3 место в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности, что обусловлено недоношенностью, хронической гипоксией, внутриутробной задержкой роста плода. Частота фетоплацентарной недостаточности (ФПН) при преэклампсии составляет от 30,3 до 60% и служит основной причиной внутриутробной гипоксии, синдрома внутриутробной задержки развития плода, обуславливая высокую заболеваемость новорожденных [5]. Центральная нервная система (ЦНС) новорожденных является наиболее уязвимой для воздействия острой и хронической гипоксии и во многом определяет степень адаптивных возможностей организма [1,2,4].

В связи с вышеперечисленным, перед нами была поставлена следующая **цель работы:** изучить динамику клинических особенностей развития осложнений перинатальной гипоксии новорожденных в зависимости от отягощенного акушерского анамнеза матери.

Материал и методы. Обследование детей проводилось на базе отделения патологии новорожденных Областного детского многопрофильного специализированного центра с 2012 по 2014 гг.

За период с 2016 по 2018 год под нашим наблюдением находилось 65 новорожденных сроком гестации от 32 до 41 недель. Все обследованные новорожденные были разделены на следующие группы: 1 группа 35 новорожденных родившиеся от матерей с состоянием преэклампсии, 2 группа - 30 настоящая беременность и роды которых протекали физиологически. При этом масса тела детей 1 группы при рождении составила $2153,18 \pm 132,70$ гр, а во второй была несколько выше ($2437,28 \pm 141,06$ гр). Критериями исключения явились: гестационный возраст менее 32 нед, врожденные пороки развития, манифестные формы внутриутробных инфекций и гнойно-септические заболевания.

Тяжесть преэклампсии у беременных оценивали по шкале Гоеске в модификации Г.М. Савельевой. При этом из 35 женщин у 26 наблюдалась преэклампсия средней степени тяжести и у 9 преэклампсия тяжелой степени.

Всем новорожденным проводилось полное клиническое обследование, включающее оценку состояния ребенка при рождении и в динамике. Для оценки состояния новорожденного при рождении мы использовали шкалу Апгар. В течение первых часов жизни у недоношенных детей каждый час проводилась клиническая оценка степени дыхательной недостаточности по шкале Сильвермана.

Результаты исследования: проведенное исследование показало, что в состоянии асфиксии родилось 62,8% ($n=22$) новорожденных от женщин с преэклампсией и 36,6% ($n=11$) детей в группе сравнения. Из них, 31,4% ($n=11$) новорожденных основной группы родилось в состоянии тяжелой асфиксии, в группе сравнения таких детей не было. Таким образом, в состоянии асфиксии родилось достоверно больше новорожденных детей от женщин с преэклампсией ($p<0,01$), тяжелая асфиксия при рождении наблюдалась существенно чаще у детей в основной группе ($p<0,01$). Средняя степень достоверно не различалась, тогда как новорожденных без асфиксии, т.е. с оценкой по шкале Апгар 8б, существенно больше родилось в группе сравнения (63,3%, против 37,1% в основной группе). Полученные результаты указывают на прямую зависимость функционального состояния новорожденных на первой минуте жизни от наличия преэклампсии у матери.

Анализируя состояние тяжести новорожденных основной группы, было отмечено, что при выявлении критической 3 степени нарушения гемодинамики в системе «мать-плацента-плод» все дети (37,1%) рождены в тяжелом состоянии, из них тяжелая асфиксия диагностирована у 25,7%. Однако, при отсутствии нарушения кровотока по данным доплерометрии, 8,5% детей рождены в тяжелом состоянии, из них в состоянии тяжелой асфиксии – 5,7%. Таким образом, на тяжесть состояния недоношенных влияет наличие преэклампсии у матери, т.к. даже при отсутствии нарушения гемодинамики в системе «мать-плацента-плод» 5,7% детей родилось в тяжелом состоянии. В группе сравнения только 6,6% детей из 30 родились в тяжелом состоянии, из них случаев тяжелой асфиксии не было.

Респираторный дистресс-синдром (РДС) был значительно чаще отмечен у новорожденных в первой группе ($p<0,01$). Вследствие морфо-функциональной незрелости легких и снижения компенсаторных возможностей при реализации респираторного дистресс синдрома новорожденные в сроках гестации 32-36 недель нуждались в пролонгированной респираторной поддержке, которая играет ведущее значение в комплексном лечении.

В процессе проведенных исследований, выявлено, что, в респираторной поддержке нуждались 22,8% новорожденных в основной группе и только 3,3% в контрольной группе. Так, нами определено, что необходимость в респираторной поддержке новорожденных зависела как от срока гестации, так и от наличия преэклампсии у матери.

Ранний постнатальный период у новорожденных детей характеризуется морфологической и функциональной незрелостью центральной нервной системы, вследствие чего новорожденные могут иметь геморрагические и гипоксические повреждения головного мозга, данные факты являются наиболее частой причиной неврологических отклонений в периоде новорожденности и значительно влияют на дальнейшее развитие ребенка.

Проведенное исследование показало высокую частоту перинатального поражения цен-

тральной нервной системы у новорожденных основной группы. Так, диагноз церебральная ишемия при рождении имели 42,8% детей основной группы и 16,6% в группе сравнения. Следовательно, в группе новорожденных от матерей с преэклампсией церебральная ишемия достоверно чаще была выявлена по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$).

Всем новорожденным проводилось ультразвуковое исследование головного мозга - нейросонография (НСГ).

Так, у 22,8% детей в основной группе выявлено органическое поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза в виде внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) различной степени тяжести, в группе сравнения их определено не было. У 14,2% новорожденных основной группы к 7-м суткам жизни обнаружена перивентрикулярная лейкомаляция, полученные данные согласуются с результатами других исследователей. Частота и тяжесть ВЖК были обратно пропорциональны гестационному возрасту. Кисты головного мозга обнаружены в основной группе у 2,8%. Дилатация ликворной системы была диагностирована у 5,7% детей родившихся от матерей с преэклампсией.

Таким образом, у новорожденных родившихся от матерей от преэклампсии по данным нейросонографии отмечены структурные изменения головного мозга, что было достоверно больше в основной группе ($p < 0,01$).

Известно, что судороги являются достоверным признаком поражения ЦНС и плохим прогностическим признаком осложнения перинатальной гипоксии. Так, клиника острого периода у новорожденных основной группы с церебральной ишемией характеризовалась преобладанием общемозговой симптоматики. Было выявлено, что у 5,7% новорожденных детей проявлением общемозговой симптоматики являлись нарушение сознания, и судороги, тогда как у детей контрольной группы данного синдрома не наблюдалось. По жизненным показателям 1 новорожденный находился на ИВЛ, в среднем 3,56 суток.

У остальных новорожденных основной и контрольной группы признаки поражения нервной системы проявились преобладанием синдрома возбуждения (28,5% и 16,6% соответственно в 1 и 2 группах), патологическим движением глаз нистагм, симптом заходящего солнца, плавающие движения глазных яблок в 11,4% и 6,6% и гипотонией мышц (слабая флексия и поза лягушки) только в основной группе (11,4%).

Для новорожденных родившихся с тяжелой степенью асфиксии было характерно наличие всех синдромов, при этом наблюдался синдром угнетения (8,5%), который не наблюдался в контроле. Синдром угнетения длился в от 6 до 10 дней (в среднем $7,72 \pm 0,54$ дня) и характеризовался вялым сосанием, гиподинамией, мышечной гипотонией, гипорексией.

Комплекс лечебных мероприятий, проводимый на ранних этапах, позволил сохранить жизнедеятельность всем детям с тяжелым состоянием. Сознание восстановлено у всех детей с синдромом угнетения (8,5%). Судороги купированы у всех больных (5,7%), и взяты под контроль в группу риска по эпилепсии.

При анализе ведущих синдромов у детей с тяжелой степенью асфиксии в динамике было выявлено, что у них к концу неонатального периода на прежнем уровне продолжал оставаться синдром угнетения, несмотря на восстановление сознания – 8,5%. Небольшую тенденцию к снижению частоты проявлений имел синдром возбуждения до 5 случаев (14,2%). Патологический тремор и патологическое движение глаз имел тенденцию к снижению 8,5% и 8,5%, при этом частота гипотонии мышц оставалась на прежнем уровне 11,4%.

Выводы: таким образом, состояние здоровья матери, патология беременности значительно сказываются на здоровье ребенка, в первую очередь на состоянии ЦНС, в данном случае отмечено значительное влияние состояния преэклампсии матери на развитие гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденных, и наличие более тяжелых синдромов поражения ЦНС.

Использованная литература:

1. Володин Н.Н. Перинатальная неврология - проблемы и пути решения / Н. Н. Володин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2009. № 10. С. 4-8.
2. Козлова Е.М. Особенности позднего неонатального периода у новорожденных, перенесших тяжелую перинатальную гипоксию : автореф. дис. ... д-ра мед.наук // Е. М. Козлова. Н. Новгород, 2009. 43 с.
3. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володиной. М: ГЭОТАР-медиа, 2013. 896 с.
4. Подгорная О.А. Метод прогнозирования перинатальных гипоксических поражений ЦНС в родах / О.А. Подгорная, М.Ю. Гиляновский, А.В. Орлов // Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя», Москва, 2-5 окт. 2007г. 2007. 694 с.
5. Тяжелая преэклампсия актуальная проблема современного акушерства / Ержан З.Е., Раева Р.М., Мошкалова Г.Н., Сагатбекова Б.Б., Абдулова Г.И., Баймешова А.Ж., Иванова Ю.С., Журумбаева С.К., Имирова Д.Н., Мезенцева М.Н. // Вестник КАЗНМУ, 2013, №4, С. 23-34.