

Гулямова М.А.,
Ходжиметова Ш.Х.,
Бакаева М.Х.

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ДИФФУЗНЫМ ЗОБОМ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт МЗ РУз

Gulyamova M.A., Xodjimetova SH.H., Bakayeva M.X. **Diffuz zob bilan kasallangan ayollardan tug'ilgan chaqaloqlarning neonatal davri xususiyatlari.** 52 nafar yangi tug'ilgan chaqaloqlarning erta va kechki neonatal davri xususiyatlari o'rgamldi. Asosiy guruh diffuz zob bilan kasallangan ayollardan tug'ilgan 42 chaqaloq bo'lib, qolgan 10 nafari - nisbatan sog'lom onalardan tug'ilgan sog'lom chaqaloqlar kontrol guruhni tashkil qildi. Ikkala guruh ayollarining o'rtacha yoshi $25,3 \pm 0,92$ ni tashkil qildi. Xomiladorlarning 61,3% da ekstragenital kasallanish, 36,5% da erta toksikoz, 35,7% da homila tushish havfi, 9,5% da gestoz uchradi. 96% ayolda kamqonlik aniqlandi. Vaqtdan oldingi tug'ruq - 48,1% ni, operativ tug'ruq - 36,5% ni tashkil etdi. Diffuz zob bilan kasallangan ayollardan tug'ilgan chaqaloqlarda somatik kasallanish va homila ichi infeksiyasi, hamda ushbu guruhda perinatal davrda markaziy nerv sistemasining gipoksik - ishemik zararlanishi ko'rsatkichlari yuqori bo'ldi.

На сегодняшний день известно, что щитовидная железа (ЩЖ) играет важную роль в процессах, происходящих в женском организме при беременности. Функция щитовидной железы матери играет огромную роль в становлении здоровья плода и новорожденного, т. к. тиреоидные гормоны оказывают влияние на синтез белка и рост клеток, стимулируют синтез РНК в ядре, активируют тканевое дыхание, непосредственно влияют на процессы эмбриогенеза, роста плода, дифференцировку костной ткани, созревание центральной нервной системы, формирование иммунной, кроветворной и дыхательной систем, определяют уровень интеллектуального развития и когнитивные функции [3]. Даже временное снижение функции щитовидной железы в фетальном и неонатальном периодах в последующем может отрицательно сказаться на здоровье ребенка [1,2,5,6,7]. Дисбаланс тиреоидных гормонов во время беременности является одной из причин плацентарной недостаточности, невынашивания, развития антифосфолипидного синдрома, дисфункции ЩЖ плода и новорожденных, мертворождения, аномалий развития плода, а также, что наиболее важно, нарушения развития плода и адаптационно-компенсаторных реакций у ребенка [4,8,9,10].

Цель исследования. Изучить состояние новорожденных детей в раннем неонатальном периоде, рожденных от матерей с диффузным зобом.

Материалы и методы. В ходе работы нами было обследовано 52 новорожденных. Исследуемые новорожденные разделены на 2 группы.

В 1- основную группу были включены 42 новорожденных, рожденных от матерей с диффузным зобом, а во 2- контрольную группу 10 здоровых новорожденных.

В контрольную группу вошли доношенные новорожденные дети, родившиеся от физиологических родов и относительно благоприятно протекавшей беременности.

Изучался характер течения беременности, родов, и наличие факторов риска в анамнезе матери. Обследование детей включало в себя клиническое наблюдение с момента рождения и в динамике

неонатального периода.

Результаты и обсуждение. Возраст всех матерей, обследуемых новорожденных основной и контрольной группы составил от 18 до 39 лет, характеризующий, как активный репродуктивный период. Средний возраст в сопоставимых группах составил $25,3 \pm 0,92$ лет, в основной группе и в контрольной - $26,6 \pm 0,61$. Большинство новорожденных детей в основной группе (63%) составили от матерей повторной беременности, а в контрольной от первой (68%). Доля самопроизвольных выкидышей в анамнезе исследуемых групп наблюдалось у 23,8%, перинатальных потерей - 14,3%, мертворождение и неразвивающаяся беременность по 2,4%. Экстрагенитальных заболеваний отмечалось у 61,3% женщин. Осложнения настоящей беременности наблюдалось у матерей, обследуемых новорожденных: ранний токсикоз - 36,5%, угроза прерывания беременности - 35,7 %, gestoz - 9,5%. Анемия была выявлена у 96% женщин. Преждевременные роды наблюдались в 48,1% случаев, а оперативные роды - 36,5%.

Средняя масса новорожденных при рождении составила $2517,7 \pm 1205$ грамм, однако 60% детей основной группы родились недоношенными, с массой тела $1805,6 \pm 283$ грамм, из них 7,1% - с малым весом к сроку гестации с массой тела от 1678 до 2730 грамм.

Отмечается разница в росте при рождении новорожденных в исследуемых группах. Так, в контрольной группе средний рост составил $52,6 \pm 0,51$ см., в то время как в основной $49,9 \pm 0,92$ см. Однако, большое количество детей с ростом меньше 50 см. составило в основной группе - 61,9%, а в контрольной - 10%.

Общее состояние новорожденных при рождении оценивалось по шкале Апгар. Все

новорожденные контрольной группы родились по шкале Апгар 8-9 баллов. Состояние детей, рожденных от матерей с диффузным зобом (66,7%) при рождении оценивалось в основном, как среднее - тяжелое, их балл при рождении по шкале Апгар расценивался 6-7 и более. В тяжелой асфиксии, с 5-6 баллами по шкале Апгар родились дети только в основной группе (26,2%), остальные новорожденные основной группы (7,1%) были в очень тяжелом состоянии при рождении, их балл составил менее 4.

Наблюдалась разница в величине максимальной убыли массы тела (МУМТ) новорожденных в группе от матерей с диффузным зобом. Для этих детей в раннем неонатальном периоде была характерна МУМТ превышающие физиологические нормы. Так, у этих новорожденных МУМТ наблюдалась в среднем на 4-5 сутки жизни от 11-13%, а также установлены замедленные темпы восстановления утерянной массы.

Конъюгационная желтуха наблюдалась у 16,7% новорожденных детей данной группы и не исчезала даже после 9-10 дня жизни.

Группа новорожденных детей от матерей с диффузным зобом отличалась большей частотой сопутствующей патологии: внутриутробное инфицирование плода (ВУИ) - 31%, бронхопневмония - 35,7%, синдром дыхательных расстройств, пневмопатии - 9,5%, дыхательная недостаточность - 9,5%, перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС) - 57,1%. врожденные пороки сердца -

12%. ЗВУР 9,5%. Необходимо отметить, что у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС (57,1%) от матерей с диффузным зобом наиболее часто встречалось гипоксически - ишемические изменения головного мозга (43%), в 5 раз меньше кровоизлияния в головной мозг: внутрижелудочковые кровоизлияния (9,4%), в 6 раз меньше перивентрикулярные лейкомаляции (7,1%).

Обращает внимание поздние сроки выписки детей, рожденных от матерей с диффузным зобом: среднее пребывание в стационаре составило 15,1±2,6 дней. Частой причиной поздней выписки было тяжелое состояние детей.

Таким образом, нами было выявлено, что на процессы неонатального периода адаптации у детей, рожденных от матерей с диффузным зобом оказывало влияние сочетание неблагоприятных факторов в антенатальном, интранатальном и постнатальных периодах жизни. Линейные размеры тела и вес при рождении характеризовались меньшими размерами роста и веса по сравнению со здоровыми новорожденными. Отмечалась более выраженная разница в максимальной убыли массы тела, превышающие физиологические нормы с замедленным темпом восстановления. У большинства этих детей наблюдалась высокая соматическая и врожденная инфекционная заболеваемость. Тревожным фактом является большая частота перинатальных поражений ЦНС, с преобладанием гипоксически-ишемических поражений.

Литература

1. Баранов А.А., Дедов ИИ Йододефицитные заболевания у детей и подростков: диагностика, лечение профилактика (научно - профилактическая программа союза педиатров России), М. 2005. 44 с.
2. Давыдова Т.В., Кравец Е.Б., Врублевская М.Л. оценка объема щитовидной железы у доношенных новорожденных в Томске и Томской области // Мать и дитя в Кузбассе, 2005.-№3(22).- С. 9-11.
3. Зайдиева З.С., Якунина Н.А., Прозоров В.В. Лечение и профилактика дефицита йода во время беременности. //Русский медицинский журнал. 2008. - Т. 16, № 19(329).-С. 1218-20.
4. Зобная эндемия: ситуация, проблемы и пути решения в Калужской области. / Исаев В.А., Матвеев Е.Г., Боровикова М.П. и др. // Материалы международной научной конференции: « Социально- медицинские аспекты состояния здоровья и среды обитания населения, проживающего в йододефицитных регионах России и стран СНГ». Тверь 2003.23-24 октября. - С. 154-155
5. Куулар Н.К. Состояние здоровья беременных женщин в очаге тяжелого дефицита йода // Актуальные проблемы заболеваний щитовидной железы. 2-й Российский тиреодологический конгресс.-М.- 2002,- С. 227
6. Михайленко Е.Т., Мацидонская Г.Ф. Взаимосвязь между функцией щитовидной железы и фето- плацентарной системой у беременных. // Акуш. и гинек. 1997. №8. С. 3-5.
7. Осокина И.В. Эпидемиология йододефицитных заболеваний в республике Тыва по результатам скрининга врожденного гипотиреоза. // Проблемы в эндокринологии. 2000. -№ 1 -С. 36-39.
8. Шейхтман М.М. Заболевания щитовидной железы у беременных. Конспект врача. // Медицинская газета, 2001.- № 15.
9. D. Glinioer. Maternal and neonatal thyroid function in mild iodine deficiency. // European Thyroid Symposium. Warsaw. 1996. P. 129-143.
10. P. M. Versloot at al. Effects of marginal iodine on thyroid hormone production, distribution and transport in non-pregnant and near - term nonpregnant rats. European Journal of Endocrinology. 1998. P. 713-718.