

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи
УДК:616-053.32:618.39

АБДУРАХМАНОВА МАЛИКА АВАЗБЕКОВНА

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА
НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЖЕНЩИН С
НЕВЫНАШИВАНИЕМ**

5А510206 – «Неонатология»

**ДИССЕРТАЦИЯ НАПИСАНА НА ПОЛУЧЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОЙ
СТЕПЕНИ МАГИСТРА**

Научный руководитель:
к.м.н., доцент кафедры неонатологии
Гулямова Муяссар Абдусатторовна

Ташкент 2020

Аннотация

По определению ВОЗ, привычным выкидышем принято считать наличие в анамнезе у женщины подряд трех и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель. Большинство специалистов, занимающихся проблемой невынашивания в настоящее время приходят к выводу, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую пару к категории привычного выкидыша. На сегодняшний день в перинатологии актуальными проблемами являются невынашивание беременности и преждевременные роды. Следует отметить, что, по данным ряда авторов, привычный выкидыш составляет от 5 до 20% в структуре невынашивания беременности. Установлено, что риск потери повторной беременности после первого выкидыша составляет 13-17%, тогда как после двух предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36-38%, вероятность третьего самопроизвольного выкидыша достигает 40-45%. У женщин в возрасте 20-29 лет риск спонтанного выкидыша составляет 10%, тогда как в 45 лет и старше – 50%. Среди причин невынашивания беременности выделяют генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунные и тромбофилические факторы.

Преждевременные роды (ПР) остаются большой проблемой для врачей в области материнской и педиатрической медицины XXI столетия. Частота преждевременных родов составляет от 3 до 30% всех родов и в 72-85% наблюдений они являются причиной неонатальной смертности. В литературах имеются разрозненные и скудные данные о причинах и профилактике рождения детей малой массой тела, хотя отмечают продолжающийся рост преждевременных родов и смертности среди младенцев.

Выявлено, что основными причинами невынашивания у женщин являются - отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные выкидыши, мертворождения, искусственные аборты, хроническая и сочетанная патология,

патология мочевыделительной системы, TORCH-инфекции). В перинатальном периоде у матерей с невынашиванием наиболее значимыми факторами риска были угроза прерывания беременности, преэклампсия, ФПН, ХВГП.

Установлено, что новорожденные дети, родившиеся от матерей с невынашиванием имеют низкую оценку показателей по шкале Апгар, характеризуются повышенной частотой встречаемости РДС, более длительной респираторной поддержки. У них определяются характерные особенности ранней постнатальной адаптации и склонности к переходу транзиторных состояний в патологические. Среди структур заболеваемости чаще диагностировали патологии со стороны органов дыхания, связанные с дистресс – синдромом, пневмонией, перинатальными поражениями ЦНС гипоксическо ишемического характера, ВУИ, анемия.

Аннотация

ЖССТ таърифига кўра, аёлнинг анамнезида уч ва ундан кўп 22 ҳафтагача бўлган ҳомиладорликнинг ўз-ўзидан тўхташига одатий ҳомила тушиши ҳисобланади. Ҳомиладор бўлиш муаммоси билан шуғулланувчи кўпгина мутахассисларнинг таъкидлашича, турмуш ўртоқларни одатий ҳомила тушиш категориясига олиб кириш учун кетма-кет икки маротаба ҳомила тушиши етарлидир. Бугунги кунда перинатологияда долзарб муаммо бўлиб, ҳомиладорликнинг ўз-ўзидан тўхташи ва муддатидан олдин туғруқ ҳисобланади. Шунини таъкидлаш жоизки, бир нечта муаллифларнинг фикрига кўра, ҳомиладорликни кўтара олмаслик структураси ичида 5% дан 20% гача одатий ҳомила тушиши ташкил этади. Биринчи ҳомилани тушишидан сўнг иккинчи ҳомиладорликни йўқотиш хавфи 13-17% ташкил этади, олдинги икки маротаба ҳомила тушгандан сўнг исталган ҳомиладорликни тушиш хавфи 2 маротаба ортиб 36-38%ни ташкил қилса, учинчи маротаба ҳомила тушиш эҳтимоли 40-45% га етиши таъкидланган. 20-29 ёшдаги аёлларда ҳомила тушиш хавфи 10% ни ташкил қилса, 45 ва ундан катта ёшдагиларда эса 50% ни ташкил этади. Ҳомиладорликнинг тушишига олиб келувчи сабаблардан генетик, анатомик, эндокрин, инфекцион, иммун ва тромбофил омиллар мавжуд.

Муддатидан олдинги туғруқ XXI асрнинг она ва бола тиббиёт соҳасидаги шифокорлар учун катта муаммо бўлиб келмоқда. Муддатидан олдинги туғруқ барча туғруқларнинг 3-30% ини ташкил қилади ва 72-85% ҳолларда неонатал ўлим сабабчиси бўлиб ҳисобланади. Адабиётларда кам вазнли чақалоқларнинг туғилиш сабаблари ва профилактикаси бўйича тарқоқ ва кам маълумотлар мавжуд, бироқ вақтдан олдин туғруқ ва чақалоқлар ўлим кўрсаткичи доимий равишда ўсиб бораётгани белгиланган.

Аёлларда ҳомилани тушишига оғир акушерлик анамнез (ўз-ўзидан ҳомила тушиши, ўлик туғиш, сунъий абортлар, сурункали ва бир нечта патологияларнинг мужассамлиги, сийдик тизими патологияси, TORCH

инфекциялар) сабаб бўлиши аниқланган. Ҳомила тушиш хавф гуруҳига кирган аёлнинг перинатал даврдаги энг катта хавф омили бўлиб, ҳомила тушиш хавфи, преэклампсия, фетоплацентар етишмовчилик, сурункали ҳомила ичи гипоксияси бўлиб ҳисобланган.

Ҳомила тушиш хавф гуруҳига кирган аёлдан янги туғилган чақалоқнинг Апгар шкаласи бўйича баҳоси паст кўрсаткичга эга бўлиши кўрсатилган, РДС учраш сони юқорилиги ва респиратор ёрдамни узоқ муддат қўлланилаши билан характерланган. Уларда эрта постнатал мослашувнинг ўзига ҳос хусусиятлари ва транзитор ҳолатнинг патологик жараёнга ўтишга мойиллиги аниқланган. Касалланиш структураси ичида кўпроқ пневмония, дистресс – синдром билан боғлиқ бўлган нафас аъзолари томонидан патологиялар, гипоксик-ишемик характердаги МНС нинг перинатал зарарланиши, ҳомила ичи инфекцияси, анемия ташхисланган.

Annotation

According to the WHO definition, it is customary to consider that a woman has a history of three or more spontaneous abortions in a history of up to 22 weeks in a woman's history. Most specialists who deal with the problem of miscarriage now conclude that two consecutive miscarriages are enough to classify the couple as a common miscarriage. Today in perinatology, the actual problems are miscarriage and premature birth. It should be noted that, according to several authors, the usual miscarriage is from 5 to 20% in the structure of miscarriage. It was established that the risk of losing a second pregnancy after the first miscarriage is 13-17%, whereas after two previous spontaneous interruptions, the risk of losing a desired pregnancy increases by more than 2 times and makes 36-38%, the probability of a third miscarriage reaches 40-45%. In women aged 20-29 years, the risk of spontaneous miscarriage is 10%, while in 45 years and older - 50%. Among the causes of miscarriage are genetic, anatomical, endocrine, infectious, immune and thrombophilic factors.

Premature birth (PB) remains a big problem for doctors in the field of maternal and pediatric medicine of the 21st century. The frequency of preterm birth is from 3 to 30% of all births and in 72-85% of cases they cause neonatal mortality. In the literature there are scattered and scarce data on the causes and prevention of low birth weight babies, although there is a continuing increase in preterm birth and mortality among babies.

It was revealed that the main causes of miscarriage in women are a burdened obstetric history (spontaneous miscarriages, stillbirths, artificial abortions, chronic and combined pathology, pathology of the urinary system, TORCH infection. In the perinatal period, mothers with miscarriage had the most significant risk factors for pregnancy termination, preeclampsia, fetoplacental insufficiency, chronic fetal hypoxia.

It was established that newborn children born to mothers with miscarriage have a low rating on the Apgar scale, are characterized by an increased frequency of

occurrence of RDS, longer respiratory support. They determine the characteristic features of early postnatal adaptation and a tendency for transition states to become pathological. Among the morbidity structures, pathologies from the respiratory organs associated with distress syndrome, pneumonia, perinatal CNS lesions of a hypoxic ischemic nature, IUI, anemia were more often diagnosed.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	9
ВВЕДЕНИЕ	10
ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.....	13
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
2.1. Клиническая характеристика групп обследуемых пациентов.....	31
2.2. Методы исследования.....	33
ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	71
ВЫВОДЫ.....	78
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ.....	80
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	81

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГ – артериальная гипертензия
- АГС – адреногенитальный синдром
- АФС – антифосфолипидный синдром
- ВЖК – внутрижелудочковое кровоизлияние
- ВПС – врождённый порог сердца
- ВУИ – внутриутробная инфекция
- ГБН – гемолитическая болезнь новорождённых
- ГКДБ – Городская клиническая детская больница
- ДКП – детская кислородная палатка
- ИВЛ – искусственная вентиляция легких
- ИЦН – истмико-цервикальная недостаточность
- ЛГ – лютеинизирующий гормон
- МКБ – международная классификация болезней
- НЛФ – недостаточность лютеиновой фазы
- НМТ – низкая масса тела
- НРВ – нервно рефлекторная возбудимость
- НЭК – некротический энтероколит
- ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
- ПМВС – патология мочевыделительной системы
- ППЦНС – перинатальное поражение центральной нервной системы
- ПР – преждевременные роды
- ПУМТ – первоначальная убыль массы тела
- РДС – респираторный дистресс-синдром
- РПЦ – Республиканский перинатальный центр
- СПОН – синдром полиорганной недостаточности
- ФПН – фетоплацентарная недостаточность
- ХВГП – хроническая внутриутробная гипоксия плода
- ЭНМТ – экстремально низкая масса тела

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Одной из самых распространенных прямых причин смерти новорожденных детей в настоящее время являются преждевременные роды. Данные научных исследований показывают, что 60%-80% всех случаев смерти в неонатальный период связаны с НМТР. По статистическим данным ВОЗ, ежегодно рождается около 20 миллионов детей с НМТР, что составляет 15,5%, причём 96,5% из них рождаются в развивающихся странах.

Исследования, проводимые ВОЗ в этом направлении, показали, что можно снизить показатели детской смертности в течение первого месяца и первого года жизни путем улучшения ухода за матерями во время беременности и родов и за детьми с НМТР. Публикуемый в этих исследованиях опыт развитых стран и стран с низким и средним уровнем дохода, позволяет прийти к выводу о том, что надлежащий уход за детьми с НМТР, включая их кормление, поддержание надлежащей температуры, гигиенический уход за пуповиной и кожей, а также раннее выявление и лечение инфекций и осложнений, включая синдром дыхательной недостаточности, может способствовать значительному снижению детской смертности.

По данным мульти индикаторных кластерных исследований в Республике Узбекистан удельный вес новорожденных, рожденных с весом ниже 2500 г, составляет около 5 % среди всех живорожденных.

Всё вышеуказанное свидетельствует об актуальности этой проблемы и о необходимости проведения исследований в этом направлении.

Цель исследования.

Изучить особенности клинического течения неонатального периода у новорождённых детей с низкой массой тела при рождении от женщин с невынашиванием.

Задачи исследования.

1. Изучить анте- и перинатальные факторы риска при привычном невынашивании.
2. Изучить особенности клинического течения неонатального периода у детей с низкой массой тела при рождении от женщин с невынашиванием.
3. Изучить структуру заболеваемости у детей с низкой массой тела при рождении от женщин с не вынашиванием.

Материалы и методы исследования.

Будет обследовано 60 новорожденных. Дети будут разделены на 2 группы:

1. 30 новорождённых с низкой массой тела при рождении, у матерей которых в анамнезе регистрировалось невынашивание.
2. 30 новорождённых с нормальной массой тела при рождении, родившихся в этом же периоде.

При проведении исследования будут применены следующие методы:

1. Клинико-лабораторные методы исследования.
2. Инструментальные методы исследования.
3. Сравнительный анализ применяемых в настоящее время мероприятий по выхаживанию новорождённых с низкой массой тела.

Научная новизна.

Будут выявлены особенности течения неонатального периода у новорождённых с низкой массой тела при рождении, родившихся у матерей в анамнезе которых регистрировалось невынашивание

Практическая значимость

Будут изучены особенности в адаптации новорожденных на основании клинико – лабораторных и инструментальных показателей, а также сравнительного анализа применяемых в настоящее время мероприятий по выхаживанию новорожденных с низкой массой тела при рождении.

Ожидаемые результаты

В результате проведённого исследования будут выявлены особенности клинического течения неонатального периода у детей с низкой массой тела при рождении от женщин с не вынашиванием, определена структура заболеваемости у детей с низкой массой тела при рождении от женщин с не вынашиванием.

Опубликованность результатов исследования: По данной магистерской диссертации было опубликовано 1 статья и 4 тезиса.

Объем и структура диссертации. Материалы диссертации изложены на 92 страниц компьютерного текста. Состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, III глав результатов собственных исследований, заключения, выводов. Иллюстрации: 17 таблиц, 4 диаграмм. Библиотический указатель содержит 68 отечественных и 32 зарубежных источников.

ГЛАВА I

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Охрана здоровья новорожденных - приоритетное направление здравоохранения Республики Узбекистан

Здоровье будущих поколений зависит от репродуктивного здоровья женщин. Охрана здоровья матерей и детей, воспитание всесторонне здорового поколения определены в качестве приоритетных задач государственной политики Узбекистана. Одним из первых международных документов, к которым присоединился Узбекистан, была конвенция ООН о правах ребенка, ратифицированная парламентом страны 9 сентября 1992 года. Затем это было закреплено принятием Закона «О гарантиях прав ребенка». Символично и то, что одним из первых орденов, учрежденных в республике, является орден «Соғлом авлод учун (Для здорового поколения)» [23].

Президент Республики Узбекистан Шавкат Мирзиёев 5 января 2017 года встретился с группой ведущих специалистов сферы здравоохранения. Реформирование сферы здравоохранения является одним из важных направлений государственной политики, — сказал Шавкат Мирзиёев. — В нашей стране уделяется особое внимание дальнейшему совершенствованию системы здравоохранения, стимулированию труда медицинских работников, широкому внедрению современных технологий и методов лечения. Шавкат Мирзиёев: «У страны, где дети здоровы, – великое будущее».

Сегодня мировым сообществом широко признаны высокие результаты проводимых в Узбекистане реформ по охране здоровья и обеспечению счастливой жизни каждого ребенка. Это еще одно яркое подтверждение того, что все преобразования в нашей стране осуществляются, прежде всего, для человека и его благополучия.

Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах. Данный документ по своей сути стал "дорожной картой" системных реформ во всех сферах жизни нашего

общества. В рамках реализации Стратегии действий только в этом году принято более 20 законов и свыше 700 подзаконных актов. В данной стратегии было подчеркнуто, что будет проводиться дальнейшая реализация комплексных мер по укреплению здоровья семьи, охране материнства и детства, расширению доступа матерей и детей к качественным медицинским услугам, оказанию им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, снижению младенческой и детской смертности.

При реализации задач указанных в Указе Президента УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан», ПП-2650 от 2 ноября 2016 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы охраны материнства и детства в Узбекистане на 2016-2020 гг. и ПП-3071 от 20 июня 2017 года «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы», также изложенных и в других нормативно-правовых документах, касающихся данной деятельности, может использоваться данная диссертационная работа.

1.2. Анте- и перинатальные факторы риска при привычном невынашивании беременности.

Недоношенность представляет собой одну из важнейших проблем здравоохранения во всем мире (Вуд Э. К., 1991). Медико-социальная значимость недонашивания беременности определяется ее мало меняющейся частотой, высокой перинатальной смертностью недоношенных детей, большими трудовыми и экономическими затратами, связанными с их выхаживанием, а также значительной долей этих детей среди инвалидов с детства и больных с хронической патологией (Фролова О. Г. и соавт., 1996). В связи с внедрением мировых стандартов оценки критериев живорождения и мертворождения, научный и практический интерес представляет изучить причины недонашивания и перинатальной смертности, начиная с 22 нед.

гестации. Преждевременные роды (ПР) остаются большой проблемой для врачей в области материнской и педиатрической медицины XXI столетия (Norwitz E. R., Robinson J. N., 2001). Частота преждевременных родов составляет от 3 до 30% всех родов и в 72-85% наблюдений они являются причиной неонатальной смертности (Ариас Ф., 1989; Сидельникова В. М., 2002). В литературах имеются разрозненные и скудные данные о причинах и профилактике рождения детей малой массой тела, хотя отмечают продолжающийся рост преждевременных родов и смертности среди младенцев.

По определению ВОЗ, привычным выкидышем принято считать наличие в анамнезе у женщины подряд трех и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель. Большинство специалистов, занимающихся проблемой невынашивания в настоящее время приходят к выводу, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую пару к категории привычного выкидыша с последующим обязательным обследованием и проведением комплекса мер по подготовке к беременности. В структуре привычных потерь беременности выделяют генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные и иммунологические факторы.

На сегодняшний день в перинатологии актуальными проблемами являются невынашивание беременности и преждевременные роды. Следует отметить, что, по данным ряда авторов, привычный выкидыш составляет от 5 до 20% в структуре невынашивания беременности. Установлено, что риск потери повторной беременности после первого выкидыша составляет 13-17%, тогда как после двух предшествующих самопроизвольных прерываний риск потери желанной беременности возрастает более чем в 2 раза и составляет 36-38%, вероятность третьего самопроизвольного выкидыша достигает 40-45%. Доказано влияние возраста матери на риск ранних самопроизвольных выкидышей. У женщин в возрасте 20-29 лет риск спонтанного выкидыша

составляет 10%, тогда как в 45 лет и старше – 50%. Вероятно, возраст матери служит фактором, способствующим увеличению частоты хромосомных нарушений у плода. Среди причин невынашивания беременности выделяют генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунные и тромбофилические факторы. При исключении всех вышеперечисленных причин генез привычного выкидыша считают неясным (идиопатические выкидыши).

Генетические факторы. Среди причин привычного невынашивания составляют 3–6%. При ранних потерях беременности аномалии кариотипа родителей, по нашим данным, наблюдаются в 8,8% случаев. Вероятность рождения ребенка с несбалансированными хромосомными аномалиями при наличии в кариотипе одного из родителей сбалансированных хромосомных перестроек составляет 1–15%. Различие данных связано с характером перестроек, размерами вовлеченных сегментов, полом носителя, семейным анамнезом. При наличии в супружеской паре патологического кариотипа даже у одного из родителей, рекомендуется проведение пренатальной диагностики во время беременности — биопсии хориона или амниоцентеза — ввиду высокого риска нарушений у плода.

Анатомические факторы. К анатомическим факторам привычного невынашивания беременности относят: врожденные аномалии развития матки (полное удвоение матки, двурогая, седловидная, однорогая матка, частичная или полная внутриматочная перегородка), приобретенные анатомические дефекты, внутриматочные синехии (синдром Ашермана), субмукозную миому матки, истмико-цервикальную недостаточность (ИЦН). Частота анатомических аномалий у пациенток с привычным выкидышем колеблется в пределах 10–16%. При анатомической патологии матки чаще отмечают поздние прерывания беременности, преждевременные роды, однако при имплантации на внутриматочной перегородке или вблизи миоматозного узла могут быть и ранние прерывания беременности. При пороках развития

матки необходимо обращать внимание на патологию мочевыводящих путей (часто сопутствующую врожденным аномалиям) и характер становления менструальной функции (указания на гематометру при функционирующем рудиментарном роге матки). Для ИЦН патогномичным признаком является самопроизвольное прерывание беременности во II триместре или ранние преждевременные роды, происходящие относительно быстро и малоблезненно. У пациенток высокого риска (страдающих привычным невынашиванием беременности во II триместре) мониторинг состояния шейки матки должен проводиться с 12 недели беременности каждые 2 нед.

Эндокринные факторы. По данным разных авторов, эндокринные причины невынашивания беременности составляют от 8 до 20%. Наиболее значимыми из них являются: недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ), гиперсекреция лютеинизирующего гормона (ЛГ), гиперандрогения, дисфункция щитовидной железы, сахарный диабет. При диагностике НЛФ необходимо выявить причину подобных нарушений. Коррекция НЛФ проводится в двух возможных направлениях — циклическая гормональная терапия и стимуляция овуляции. При диагностике избыточного содержания андрогенов (яичниковых или надпочечниковых) у пациенток с привычным невынашиванием беременности, связанным с НЛФ показано медикаментозное лечение с учетом воздействия андрогенов на полноценность овуляции и состояние эндометрия. Надпочечниковая гиперандрогения — аутосомно-рецессивное наследственное заболевание, обусловленное генетическими дефектами ферментов стероидогенеза. Передача гена адреногенитального синдрома (АГС) плоду ведет к повышению собственных андрогенов плода и вирилизации девочки.

Иммунологические факторы. В настоящее время известно, что до 80% всех ранее необъяснимых случаев повторных потерь беременности связано с иммунологическими нарушениями. Выделяют аутоиммунные и аллоиммунные нарушения, ведущие к привычному невынашиванию беременности. При аутоиммунных процессах предметом агрессии иммунной системы становятся

собственные ткани материнского организма, т.е. имеет место направленность иммунного ответа против собственных антигенов. В этой ситуации плод страдает вторично в результате повреждения материнских тканей.

При аллоиммунных нарушениях иммунный ответ женщины направлен против антигенов эмбриона/плода, полученных от отца и являющихся потенциально чужеродными для организма матери. Общеизвестным аутоиммунным состоянием, ведущим к гибели эмбриона/плода, в настоящее время остается антифосфолипидный синдром (АФС). Среди пациенток с привычным невынашиванием беременности АФС составляет 27–42%, без лечения гибель эмбриона/плода наблюдается у 85–90% женщин, имеющих аутоантитела к фосфолипидам. Выделяют первичный и вторичный АФС. Развитие вторичного АФС ассоциировано с аутоиммунными, онкологическими, инфекционными заболеваниями. Ряд авторов выделяет т.н. катастрофический АФС, характеризующийся внезапно возникающей и быстро развивающейся полиорганной недостаточностью чаще всего в ответ на провоцирующие факторы (инфекционные заболевания или оперативные вмешательства).

Инфекционные факторы. Для инфекционного генеза невынашивания беременности более характерны поздние выкидыши и преждевременные роды. Около 40% преждевременных родов и около 80% случаев преждевременного излития околоплодных вод обусловлены инфекционным фактором. Однако и ранние привычные потери беременности могут быть обусловлены воздействием инфекции, формированием хронического эндометрита с высоким уровнем активированных иммунных клеток. По данным отделения профилактики и терапии невынашивания беременности, при выявлении причинных факторов, коррекции нарушений вне беременности, мониторинге во время беременности рождение жизнеспособных детей у пар с привычным невынашиванием беременности достигает 95–97%.

Осложнения беременности: Преэклампсия. В настоящее время преэклампсия остается одним из наиболее тяжелых осложнений беременности

и занимает 2-3 место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности [16], что обусловлено недоношенностью, хронической гипоксией, внутриутробной задержкой роста плода [66]. Известно, что преэклампсия является мультисистемным синдромом, характеризующимся плацентарной недостаточностью, вазоконстрикцией, метаболическими нарушениями, эндотелиальной дисфункцией, активацией коагуляционного каскада и гемостазиологическими нарушениями [30,90]. По данным Айламазяна Э.К. с соавторами [5], частота развития преэклампсии достигает 16-22% от всех беременностей. Было отмечено, что преэклампсия представляет собой синдром, обусловленный отсутствием возможностей адаптационных систем материнского организма адекватно обеспечить потребности развивающегося плода. Радзинский В.Е. [50] установил, что заболеваемость новорожденных на фоне преэклампсии у матери колеблется от 64 до 78%, а перинатальная смертность составляет 18-30%. В структуре перинатальной смертности при преэклампсии ведущая роль принадлежит асфиксии плода. Не вызывает сомнений связь преэклампсии с другими тяжелыми осложнениями беременности, плацентарной недостаточностью и задержкой роста плода.

Фетоплацентарная недостаточность. По мнению ряда авторов [10,25,57,50], преэклампсия патогенетически взаимосвязана с плацентарной недостаточностью, которая при данной патологии встречается с частотой от 30,3 до 60%. По другим данным литературы [18,24,62], частота развития фетоплацентарной недостаточности при преэклампсии достигает 66,3%. Перинатальная смертность при плацентарной недостаточности достигает 40%, перинатальная заболеваемость - 738-802‰ [58]. Было установлено, что фетоплацентарная недостаточность (ФПН) - это симптомокомплекс, обусловленный морфо-функциональными изменениями в плаценте, и представляющий собой результат сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма, проявляется в комплексе нарушений транспортной, трофической, эндокринной и

метаболической функции плаценты, лежащих в основе патологии плода и новорожденного [16]. Функции плаценты находятся в прямой зависимости от величины значений артериального давления и длительности артериальной гипертензии у женщины. Степень и особенности влияния патологических факторов и состояния беременной на плаценту и плод зависят от состояния компенсаторно-приспособительных механизмов в фетоплацентарной системе [56,58]. Исследования авторов [60] показали, что артериальное давление 140/90 мм рт. ст. уже неблагоприятно влияет на состояние плода, приводит к его гипоксии и гипотрофии. Нарушение развития плода, высокую перинатальную заболеваемость и смертность при артериальной гипертензии связывают с расстройством гемодинамики в системе мать-плацента-плод, нарушениями газообмена на фоне локальной плацентарной ишемии и генерализованной дисфункции эндотелия. Степень выраженности плацентарной недостаточности зависит от тяжести и длительности преэклампсии: чем тяжелее течение преэклампсии, тем более выражены нарушения маточного и плодового кровотоков. Установлено, что на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода реализуется один из компенсаторных механизмов - централизация кровообращения с преимущественным кровоснабжением жизненно важных органов при нарастающей гипоксии и расстройстве метаболизма [44,36]. При этом основной поток артериальной крови направляется к головному мозгу плода «brain-sparing effect», т. е. компенсаторная реакция на гипоксию - повышение кровотока в головном мозге плода при снижении кровотока в остальных органах [97]. По мнению зарубежных авторов [79], «brain-sparing» препятствует «созреванию» головного мозга, вторично всегда присутствует гипоксия. Внутриутробная гипоксия вызывает необратимые изменения, возникающие вследствие адаптации развивающегося мозга к гипоксии и недостаточному поступлению питательных веществ. Под влиянием кислородной недостаточности в организме плода происходит комплекс изменений гомеостаза, основным из которых является перестройка

метаболизма, гемо- и лимфоциркуляции, включая микроциркуляторное русло. Часть этих изменений относят к компенсаторным, часть - к патологическим проявлениям кислородной недостаточности [16]. В зависимости от степени снижения концентрации кислорода в межворсинчатом пространстве у плода развивается: гипоксемия, гипоксия и асфиксия. Развивается «гипоксический стресс»: гипогликемия, метаболический ацидоз, дефицит энергии, вызывающий нарушения функций головного мозга и других органов [45]. По мнению Котий С.А. [34], прогноз жизни и здоровья плода во многом зависит от сроков появления, длительности и интенсивности внутриутробной гипоксии. Установлено, что неблагоприятные условия внутриутробного развития и постнатальные повреждения нарушают процессы адаптации незрелого ребенка к новым условиям существования.

Согласно данным современных исследований, преждевременно родившиеся дети с задержкой внутриутробного развития формируют группу риска по возникновению перинатальной асфиксии [33]. При нарушении материнской оксигенации уменьшается кровоток от матери к плаценте и от плаценты к плоду, ухудшается газообмен через плаценту и увеличивается потребность фетальных тканей в кислороде, что вызывает или обостряет асфиксию[46].

По мнению большинства ученых [18,25,33], у детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию (при нарушении кровообращения в плаценте), к моменту родов уже истощены многие механизмы компенсации, поэтому даже при нормальном течении родов у них возможна асфиксия.

Дети с низкой массой тела при рождении в дальнейшем имеют высокий риск нарушений физического, нервно-психического развития и повышенной соматической заболеваемости. Наиболее часто у новорожденных отмечают следующие осложнения: нарушения кардиопульмонарной адаптации с перинатальной асфиксией, мекониальной аспирацией или персистирующей легочной гипертензией.

В исследованиях Радзинского В.Е. [50] доказано, что новорожденные, подверженные воздействию неблагоприятных анте - и интранатальных факторов, а так же с развившимися патологическими состояниями в неонатальном периоде формируют до 50% долговременной неврологической патологии.

В организме плода, на фоне неизбежных явлений гипоксии и других обменно-гормональных сдвигов, наблюдаются дистрофические явления, отставание в росте, развитии, возникают порою серьезные расстройства мозгового кровообращения. В последующем у детей обнаруживается снижение интеллекта, отставание в психомоторном развитии, синдром вегето-сосудистой дистонии с дыхательными нарушениями и другие патологические сдвиги состояния здоровья. Новорожденные матерей с фетоплацентарной недостаточностью отличаются различными клинико-метаболическими, иммунологическими, гормональными расстройствами адаптации к внеутробной жизни, высокой частотой инфекционных заболеваний, психоневрологических нарушений и существенных отклонений развития в последующие годы жизни [16].

1.3. Клиническое течение неонатального периода у детей с низкой массой тела при рождении от женщин с невынашиванием.

Синдром полиорганной недостаточности. Недоношенность и как следствие, выраженная морфофункциональная незрелость всех органов и систем организма вносит существенный вклад в показатели заболеваемости, смертности и средней продолжительности жизни [21,33]. По мнению Гаврикова Л.К., Глазачева О.С. [20], одной из основных причин заболеваемости и смертности, формирования инвалидизации детей раннего возраста является развитие дезадаптационного синдрома, в генезе которого лежат полиорганная недостаточность и выраженные гомеостатические изменения в организме ребенка, возникающие в результате

негативных полиэтиологических воздействий разнообразных факторов на развивающийся плод в период гестации и в родах. В большинстве случаев дезадаптационный синдром является результатом «травматического» воздействия на плод пре- и интранатальной гипоксии, что приводит к тяжелым неврологическим, кардиореспираторным расстройствам и прогрессирующей полиорганной недостаточности.

Полиорганная недостаточность - это универсальное поражение всех органов и тканей агрессивными медиаторами критического состояния, с временным преобладанием симптомов недостаточности той или иной системы органов [51,67].

Впервые определение этого синдрома дал N.L.Tinley [96]. Согласно современным представлениям, синдром полиорганной недостаточности (СПОН) - это неспецифическая реакция организма, возникающая в ответ на воздействие любого патологического, как инфекционного, так и неинфекционного фактора, сопровождающаяся поражением двух и более систем или органов с временным преобладанием симптомов их несостоятельности - циркуляторной, респираторной, мочевыделительной и др. Риск развития синдрома полиорганной недостаточности максимален в первые трое суток жизни, причем наиболее тяжелое и быстро прогрессирующее течение этого состояния свойственно недоношенным новорожденным. Показано, что ведущей системой в структуре СПОН у новорожденных, независимо от срока гестации, является центральная нервная система (ЦНС), которая страдала практически у 100% детей, находившихся под наблюдением, наиболее часто имеет место сочетание поражения ЦНС и респираторной систем [8].

В работах Якорновой Г.В. [68], Радзинского В.Е. [50] показано, что ведущими патологическими симптомокомплексами были: неврологический (гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС) и респираторные нарушения, синдром дисфункции миокарда, диспепсические расстройства, отечный синдром дисфункция со стороны мочевыделительной системы.

Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС у новорожденных. В

патогенезе гипоксических поражений ЦНС плода и новорожденного особое значение имеют расстройства церебральной гемодинамики, что ведет не только к нарушению метаболических процессов в мозговой ткани, но может задерживать развитие самой сосудистой системы мозга, нарушать ее реактивность в ответ на воздействие факторов внешней среды [48].

К перинатальным поражениям ЦНС предрасполагают особенности недоношенного ребенка: относительно большие размеры головы, мягкие кости черепа, открытые черепные швы, в том числе боковые роднички. Нервная система недоношенного новорожденного принципиально отличается от таковой у доношенного, прежде всего уровнем морфологической и функциональной незрелости. Мозговой кровоток имеет ряд особенностей. В связи с незаконченностью формирования холинергических и адренергических волокон по ходу сосудов, мышечных, эластических и коллагеновых волокон у недоношенных новорожденных отсутствует механизм ауторегуляции сосудов головного мозга. Сосудистая система головного мозга испытывает нагрузки не только при прохождении плода по родовому каналу, но и в процессе извлечения из полости матки в ходе абдоминального родоразрешения. Высокий риск интраперивентрикулярных кровоизлияний у недоношенного ребенка связан с особенностями артерий головного мозга. Сосудистая система головного мозга имеет вид незрелого капиллярного русла, не имеющего интерстициальной ткани, выполняющего функцию опоры для сосудов. Стенки этих сосудов не содержат гладкомышечных клеток, коллагена и эластина, что усиливает риск развития внутричерепных кровоизлияний. Сосуды головного мозга имеют субэпендимальный зародышевый слой, расположенный над головкой и телом хвостатого ядра. Он истончается после 30 нед беременности и почти полностью исчезает только к 36-й неделе. Данная область является источником 80% ВЖК у недоношенных детей. Существенная роль в патогенезе перинатальных поражений принадлежит и позвоночным артериям, которые

плотно прилегают к костным образованиям и легко подвергаются компрессии и как следствие гемодинамическим нарушениям в вертебробазилярной системе головного мозга и верхних отделах спинного мозга [18]. У новорожденного, родившегося на 28-36-й неделе гестации, дифференцируются основные борозды коры больших полушарий, но мелких борозд и извилин мало. Мозговая ткань недоношенного новорожденного мало дифференцирована. Боковые желудочки широкие, мозолистое тело тонкое и короткое. До 34-36 нед гестации в области боковых желудочков определяется герминативный матрикс, который является зародышевым слоем для нейробластов, глиобластов и ангиобластических элементов. Периферическая нервная система плохо миелинизирована, пучки нервных волокон редкие, распределены неравномерно. Глубокая венозная система дренирует всю область белого вещества, и частично - кору. Между глубокими и поверхностными венозными системами у плода уже существуют анастомозы, однако они еще не могут обеспечить полное шунтирование крови в случае окклюзии глубокой венозной системы. Не закончено формирование соединительнотканного каркаса в стенке сосудов, что снижает устойчивость к гипоксии и усиливает риск развития внутричерепных кровоизлияний.

Не закончено формирование гематоэнцефалического барьера из-за малого количества астроцитов и высокой проницаемости сосудистой стенки, что приводит к высокому риску развития билирубинового поражения ЦНС на фоне гипербилирубинемии. Так же высок риск инфекционных поражений ЦНС. Отсутствует механизм ауторегуляции мозгового кровотока в связи с незаконченным формированием холинергических и адренергических волокон по ходу сосудов, мышечных, эластических и коллагеновых волокон, отростков астроглии. Незрелость коры обуславливает преобладание подкорковой деятельности. Незрелость механизмов ауторегуляции мозгового кровотока, особенности кровоснабжения вещества головного мозга в сочетании с перенесенной в родах асфиксией и высокой потребностью в реанимационных

пособиях, приводит к высокой частоте поражения ЦНС как в родах, так и раннем неонатальном периоде [18]. В результате, после перенесенной гипоксии могут наблюдаться следующие состояния: в ЦНС: гипоксические и гипоксически-геморрагические поражения; со стороны дыхательной системы: персистирующая легочная гипертензия, транзиторное тахипноэ новорожденных, инфаркты легких, синдром утечки воздуха, шоковое легкое; в сердечно-сосудистой системе: синдром персистирующей фетальной циркуляции, постгипоксическая кардиопатия, гиперволемиа, гиповолемиа, шок, полицитемиа; со стороны мочевыделительной системы: постгипоксическая нефропатия, острая почечная недостаточность, интерстициальный нефрит, инфаркты почек; в желудочно-кишечном тракте: некротизирующий энтероколит, нарушение моторики, печеночная дисфункция; в системе гемостаза: геморрагическая болезнь, тромбоцитопения; со стороны обмена веществ: патологический ацидоз, гипогликемиа, гипонатриемия, гипокальциемия, гипомагниемия, гипераммониемиа; в иммунной системе: вторичный иммунодефицит, активация внутриутробных инфекций; в эндокринной системе: кровоизлияние в надпочечники, острая и хроническая надпочечниковая недостаточность, дисфункция коры надпочечников, вторичный гипоальдостернизм, синдром избыточной секреции вазопрессина, транзиторный неонатальный гипотиреозидизм [18].

Смертность и заболеваемость младенцев с экстремально низкой (ЭНМТ) и низкой массой тела (НМТ) при рождении определялась сроком гестации. Вероятность летального исхода у маловесных плодов тем выше, чем меньше срок гестации. В структуре причин смертности детей при сроках гестации 25-32 нед в постнатальном и раннем неонатальном периодах лидирующее место занимают внутри желудочковая кровоизлияния (ВЖК) 3-4 степени. Частота и тяжесть ВЖК обратно пропорциональны гестационному возрасту. Дети с экстремально низкой и низкой массой при рождении входят в группу риска в отношении возникновения кровоизлияний в головной мозг

[66,68,76,91]. Так же в работах авторов [66] показано, что факторами риска развития внутричерепных кровоизлияний являются наличие экстрагенитальной патологии у матери, осложнения беременности (преэклампсия различной степени тяжести, кровотечения, угроза прерывания беременности и др.) и родов.

Респираторный дистресс-синдром у недоношенных детей.

Респираторный дистресс-синдром (РДС) является одной из основных причин заболеваемости и смертности недоношенных новорожденных и представляет тяжелое расстройство дыхания у детей в первые дни жизни, обусловленное первичным дефицитом сурфактанта и незрелостью легких. Встречаемость его тем выше, чем меньше гестационный возраст и масса ребенка при рождении [28]. В большинстве случаев РДС развивается у новорожденных, родившихся на фоне беременности 28-34 нед., но иногда встречается и у младенцев со сроком гестации больше 34 недель [6]. Так, частота РДС у детей, родившихся преждевременно, составляет от 35 до 65% при сроке гестации 30-34 нед., у недоношенных со сроком гестации более 34 нед частота составляет менее 5%. РДС оказывается причиной смерти примерно у 25% таких детей [50,52]. В основе развития РДС у детей в раннем неонатальном периоде лежит абсолютная сурфактантная недостаточность, которая наблюдается у глубоко недоношенных новорожденных, а также у детей, имеющих выраженную ФПН и/или перенесших интранатальную асфиксию тяжелой степени [6]. Недостаточный синтез и быстрая инактивация сурфактанта приводят к повышению ригидности легких, что в сочетании с низкой растяжимостью грудной клетки у недоношенных новорожденных, способствует гиповентиляции и неадекватной оксигенации. Развивается гиперкапния, гипоксия, дыхательный ацидоз, что приводит к тяжелой полиорганной недостаточности. Главная физиологическая функция сурфактанта состоит в регуляции силы поверхностного натяжения альвеол в процессе дыхательных циклов и поддержка альвеолярной стабильности.

Сурфактант синтезируется альвеолоцитами 2-го типа, которые развиваются из кубовидного эпителия дистального отдела дыхательных путей приблизительно на 24-й неделе гестации, но наиболее активный синтез сурфактанта происходит после 34-й недели. Созревание сурфактанта начинается на 16-24 нед. гестации и заканчивается только к 35 неделе. К этому сроку наступает биохимическая зрелость легких [17,52]. Клиническая оценка степени дыхательных нарушений у недоношенных детей проводится по шкале Сильвермана, на основании которой делается вывод о наличии и динамике РДС, для оценки эффективности проводимой респираторной терапии. Оценка в 3-4 бала соответствует легкой тяжести РДС. Оценка в 5-6 баллов соответствует средней тяжести РДС, более 6 баллов -тяжелой форме РДС [20,52].

Ранее полагали, что у детей, родившихся преждевременно из - за тяжелой преэклампсии у матери, не бывает РДС. По данным Радзинского В.Е [50], при родоразрешении ранее 34 недель РДС развился у 63,6% новорожденных, на сроке 34-37 нед - у 34,8% детей. Им понадобилась длительная искусственная вентиляция легких, в отдельных случаях на протяжении 5-7 суток. Пролонгирование беременности хотя бы до 32-34 недель уменьшает потребность новорожденного в искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в 3,7 раза, по сравнению с тактикой немедленного родоразрешения.

Проведенные исследования [66] показали, что у детей от матерей с неукнашиванием возможно развитие тяжелого РДС, что требует проведения ИВЛ продолжительность около 7 суток. По данным литературы [22,28], большинство недоношенных детей с НМТ и ЭНМТ нуждаются в респираторной поддержке после рождения.

Оценка степени тяжести состояния новорожденного. В настоящее время существует ряд схем и шкал оценки, но, как правило, они редко используются в рутинной практике неонатологов родильных домов. Одной из основных шкал, используемых для оценки состояния новорожденного ребенка в Российской Федерации, является шкала, предложенная Вирджинией Апгар в

1952 году [88]. Данная шкала включает 5 признаков (число сердечных сокращений, дыхание, мышечный тонус, рефлексы, цвет кожи), каждый из которых оценивается от 0 до 2 баллов в зависимости от степени выраженности. Оценка по шкале Апгар производится на первой и пятой минуте после рождения путем суммирования баллов каждого признака. Основная цель шкалы Апгар - определить наличие асфиксии у ребенка и степень ее тяжести. В настоящее время, согласно международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра, выделяют среднюю асфиксию и тяжелую. Оценка по Апгар на первой минуте, равная 4-6 баллам, соответствует средней и умеренной асфиксии при рождении. Диагноз тяжелой асфиксии является правомочным в случае, если оценка по шкале Апгар равна 0-3 балла [6]. Сумма 8 баллов и более через 1 минуту после рождения свидетельствует об отсутствии асфиксии новорожденного. Оценка по Апгар через 5 мин после рождения имеет не столько диагностическое, сколько прогностическое значение и отражает эффективность (или неэффективность) проводимых реанимационных мероприятий. Имеется сильная обратная связь между второй оценкой по Апгар и частотой неблагоприятных неврологических последствий [18].

Вирджиния Апгар создала 10-тибалльную шкалу более 50 лет назад для облегчения оценки новорожденных. Ее оценочная система используется во всем мире. Низкая оценка была связана со смертностью. У недоношенных новорожденных оценка может быть снижена, основываясь на их незрелость, даже когда они относительно здоровы [88]. В работах Henry Chong Lee [84] показано, что оценка по Апгар на 5-й минуте прогнозирует смертность у новорожденных с низкой массой при рождении, особенно с весом от 1500 до 2499 г, хотя менее предсказуемо для детей весом меньше 1500 г. Неонатальная смертность становится выше с уменьшением оценки по Апгар. Низкая оценка на 5-й минуте жизни по Апгар ассоциируется с неонатальной смертностью во всех гестационных возрастах от 24 до 36 недель.

Таким образом, привычным выкидышем принято считать наличие в анамнезе у женщины подряд трех и более самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель. В структуре привычных потерь беременности выделяют генетические, анатомические, эндокринные, инфекционные и иммунологические факторы, осложнения беременности (эклампсия, ФПН). Связи, с чем у детей с НМТ при рождении от женщин с невынашиванием выражена морфофункциональная незрелость всех органов и систем организма и развитие дезадаптационного синдрома, в генезе которого лежат полиорганная недостаточность.

РДС является одной из основных причин заболеваемости и смертности недоношенных новорожденных и представляет тяжелое расстройство дыхания у детей в первые дни жизни, обусловленное первичным дефицитом сурфактанта и незрелостью легких. Встречаемость его тем выше, чем меньше гестационный возраст и масса ребенка при рождении [28]. В большинстве случаев РДС развивается у новорожденных, родившихся на фоне беременности 28-34 не д., но иногда встречается и у младенцев со сроком гестации больше 34 недель. Из основных шкал, используемых для оценки состояния новорожденного ребенка является шкала, предложенная Вирджинией Апгар в 1952 году [88]. Основная цель шкалы Апгар - определить наличие асфиксии у ребенка и степень ее тяжести.

Использовании принципов перинатальной медицины, которые предполагают проведение превентивных мероприятий по профилактике осложнений течения беременности, заболеваний плода, оптимальному времени и методу родоразрешения, направлено на рождение здорового ребенка и сохранение жизни и здоровья матери [20].

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика обследованных детей

За период работы было обследованно 60 новорожденных детей. В ходе работы обследуемые новорожденные были подразделены на две группы. Первую составили 30 маловесных новорожденных детей (основная), родившихся от женщин с невынашиванием. Вторую группу составили 30 доношенных новорожденных (контрольная). Исследования проводились в Республиканском перинатальном центре (РПЦ), ГКДБ №5, РНПМЦ АиГ. Детям проведено целенаправленное клинико-лабораторное и инструментальное обследование.

Анализ распределение детей по половому признаку представлено в таблице № 2.1.1

Таблица № 2.1.1

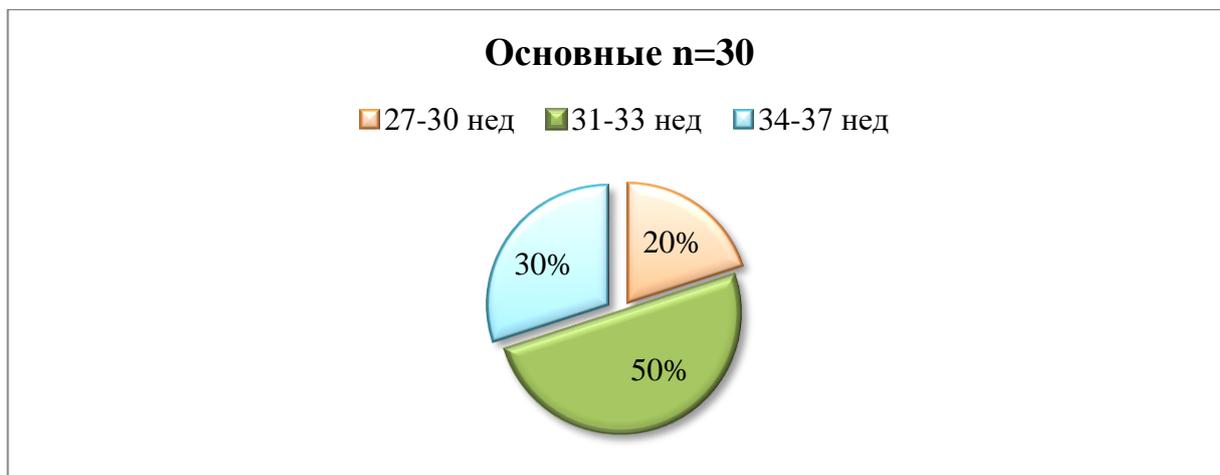
Характеристика новорожденных в зависимости от пола.

Пол	Основная n=30		Контрольная n=30		Всего n=60	
	абс	%	абс	%	абс	%
Мальчики	14	46,6	11	36,6	25	41,6
Девочки	16	53,3	19	63,3	35	58,3

Из данной таблицы видно, что в I группе, количество мальчиков составило – 46,6 %, девочек – 53,3 %. Во второй группе количество мальчиков составило – 36,6%, а девочек – 63,3%. Таким образом, среди обследуемых новорожденных детей в первой и во второй группах преобладают девочки.

В зависимости от гестационного возраста (диаграмма № 2.1.2) среди обследуемых новорожденных 1/2 часть составили новорожденные с гестационным возрастом 31-33 недели (50,0%), что в 2,5 раза больше, чем

Характеристика новорождённых детей в зависимости от гестационного возраста в основной группе.



новорожденных детей с гестационным возрастом 27-30 недель (20,0%) , а новорожденных с гестационным возрастом 34-37 недель составило (30,0%).

Среди обследуемых новорожденных (таблица № 2.1.3) наибольшую часть составили новорожденные с массой тела при рождении 1500-2000 грамм, что составило - 70,0%. В два раза меньше наблюдались новорожденные дети с массой тела 2001-2500 грамм (30,0%).

Таблица №2.1.3.

Характеристика маловесных новорожденных, родившихся от матерей с невынашиванием, по весу при рождения.

Масса тела при рождении (граммах)	Основная n=30		
	абс	%	
1500-2000	21	70,0	11764,6±29,1
2001-2500	9	30,0	2520,7±56,1

2.2. Методы исследования

В ходе работы был проведен анализ анамнестических данных матерей новорожденных детей, родившихся от матерей с невынашиванием в антенатальном и перинатальном периодах беременности.

Проведен общий клинический осмотр включающий:

- внешний осмотр новорожденного ребенка: оценка кожных покровов и видимых слизистых оболочек, двигательную активность, мышечный тонус, осмотр и пальпация головы, размеры родничков и швов.

- осмотр по системам: пальпацию, перкуссию и аускультацию с определением частоты дыхания и частоты сердечных сокращений ;

- оценка по шкале Апгар, Оценка состояния только родившегося новорожденного является основным элементом оказания неотложной помощи, определяющим всю дальнейшую лечебную тактику. В настоящем исследовании для оценки состояния новорожденного при рождении мы использовали шкалу Апгар.

Данная шкала включает 5 признаков, каждый из которых оценивается от 0 до 2 баллов в зависимости от степени выраженности (табл. 1). Оценка по шкале Апгар производилась на первой и пятой минуте после рождения путем суммирования оценок каждого признака.

Таким образом, мы определяли наличие асфиксии у ребенка и степень ее тяжести: 4-7 б - асфиксия средней степени тяжести, 0-3 - тяжелая асфиксия (согласно МКБ 10).

Таблица 1.

Критерии оценки новорожденного по шкале Апгар

Признак	Оценка		
	0	1	2
Число сердечных сокращений	Отсутствуют	Меньше 100 ударов в минуту	Больше 100 ударов в минуту
Дыхание	Отсутствует	Слабый крик	Сильный крик

Мышечный тонус	Низкий (ребенок вялый)	Умеренно снижен (слабые движения)	Высокий (активные движения)
Рефлексы	Не определяются	Гримаса	Крик или активные движения
Цвет кожи	Синий или белый	Выраженный акроцианоз	Полностью розовый

Важнейшим критерием оценки сердечно-сосудистой деятельности является наличие сердечных сокращений и их частота. Нормой ЧСС у здорового новорожденного ребенка считали 120-160 в минуту, которые должны быть ритмичные и достаточной силы для обеспечения проведения пульсовой волны на периферические артерии. Одним из признаков, позволяющим оценить эффективность гемодинамики, являлась окраска кожи, которая в норме должна быть бледно-розовой или розовой.

- оценка по шкале Сильвермана, Большинство критических состояний, возникающих у новорожденных, связано с нарушением деятельности респираторной системы, поэтому одним из важнейших критериев тяжести состояния является оценка функции внешнего дыхания [6].

В течение первых часов жизни у недоношенных детей каждый час проводилась клиническая оценка степени дыхательной недостаточности по шкале Сильвермана, на основании которой делали вывод о наличии, степени и динамике респираторного дистресс- синдрома (РДС) и необходимом объеме респираторной помощи (табл. 2)

Таблица 2.

Шкала Сильвермана

Клинический признаки	Оценка в баллах		
	0	1	2
Движение грудной клетки	Грудь и живот равномерно участвуют в акте дыхания	Аритмичное, неравномерное дыхание	Парадоксальное дыхание

Втяжение межреберий	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Втяжение грудины	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Положение нижней челюсти	Рот закрыт, нижняя челюсть не западает	Рот закрыт, нижняя челюсть западает	Рот открыт, челюсть западает
Дыхание	Спокойное, ровное	При аускультации слышен затрудненный выдох	Стонущее, слышно на расстоянии.

Оценка в 0 баллов свидетельствовала об отсутствии дыхательных расстройств. Оценка в 2-3 балла — соответствовала легкой степени РДС

Оценка в 4-5 баллов — средней степени РДС.

При суммарной оценке 6 баллов и более у новорожденных констатировали тяжелую степень РДС.

- респираторная поддержка. Большинство недоношенных новорожденных вследствие выраженной морфо-функциональной незрелости легких и снижении компенсаторных возможностей при реализации РДС нуждались в пролонгированной респираторной поддержке, которая играет ведущее, а иногда и решающее значение в комплексном лечении [22]. При этом, выбор стартового метода во многом зависел от первичного кардио-респираторного статуса ребенка и основывался на оценке тяжести респираторного дистресс-синдрома по шкале Сильвермана, а также дополнительных методах обследования: пульсоксиметрия, определение газов крови.

Дотация кислорода новорожденному осуществлялась при помощи различных средств доставки: носовых канюль, масок, палаток. Выбор метода дотации кислорода определялся состоянием ребенка и степенью выраженности гипоксемии.

У недоношенных детей более предпочтительной являлась стартовая терапия методом СРАР с предшествующим продленным раздуванием легких. ИВЛ - один из основных компонентов интенсивной терапии новорожденных, находящихся в критическом состоянии, целью которого является поддержание адекватной оксигенации и газообмена, что достигается путем транспорта кислорода и элиминации углекислого газа.

- неврологический осмотр, На первой минуте жизни наиболее информативным признаком, отражающим состояние ЦНС ребенка, являлось наличие крика. Сильный эмоциональный крик ребенка - символ благополучия не только ЦНС, но и других систем и органов новорожденного. В то же время слабый, мало эмоциональный или болезненный крик - признак поражения ЦНС, возникшего вследствие перенесенной внутриутробной гипоксии. Отсутствие крика - наиболее неблагоприятный признак, свидетельствующий как о тяжелом поражении ЦНС, так и о неблагоприятии в целом.

Следующими наиболее значимыми признаками, отражающими состояние ЦНС, являлись мышечный тонус и двигательная активность ребенка. У недоношенных новорожденных мышечный тонус снижен, но это изменение тонуса не является патологическим и не требует проведения дополнительных лечебных и диагностических манипуляций.

- исследование физиологических рефлексов новорожденных.

При первичном осмотре новорожденного также были оценены все физиологические рефлексы, которые в норме вызываются и сохраняются в течение длительного времени. Быстрое истощение или отсутствие физиологических рефлексов новорожденного определено признаком поражения ЦНС.

- Антропометрия: ежедневные измерения массы тела на электронных весах.
- Лабораторные методы исследования: общий анализ крови, мочи и кала,

- Биохимическое исследование крови: – определение общего, прямого, непрямого билирубина, общего белка, мочевины, креатинина, сахара, кальция.

- Инструментальные методы исследования: Нейросонография головного мозга. Нейросонография - является одним из наиболее информативных методов неинвазивной диагностики в медицине. С помощью нейросонографии проводилось исследование структур головного мозга всем детям для оценки состояния центральной нервной системы новорожденных с помощью ультразвуковых колебаний. При помощи данного метода визуализировались основные структуры головного мозга: желудочковая система мозга, перивентрикулярные структуры, образования передней, средней и задней черепных ямок, имеющие различную эхоплотность, проводилась оценка ликворосодержащей системы головного мозга, выявлены последствия хронической гипоксии и асфиксии в родах. В отличие от других методов лучевой диагностики (флюорографии, рентгена, компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса), сонография в тех дозах, которые применяются в УЗИ - безвредна для человека. Для диагностики перинатальных поражений головного мозга применялся метод чрез родничковой нейросонографии (через большой родничок) и височную кость на ультразвуковом аппарате Алока SSD-1400 с двумя датчиками (5МГц и 3.5МГц). Ультразвуковое исследование головного мозга для новорожденного не требует специальной подготовки и не является вредным.

- R-графия грудной клетки по необходимости.

Методы статистической обработки результатов исследования. Изучение особенностей функционального состояния недоношенных новорожденных в течение раннего неонатального периода проводилось с использованием вариационного анализа по показателям средней арифметической, минимального и максимального значений, размаха значений, дисперсии, среднеквадратического отклонения, ошибки средней [17].

Проверка гипотезы достоверности типологических (состояние здоровья и степень выраженности нарушений) и патологических (в каждой группе) различий анализируемых показателей осуществлялась по критериям Стьюдента.

Принятый способ статистического исследования результатов отвечает методологии системного подхода и позволяет оценить адаптивные возможности недоношенного новорожденного, определить тактику ведения таких пациентов.

Вывод ко II главе

Обследованно 60 новорожденных детей. Из них 30 маловесных новорожденных детей составили первую группу (основная), родившихся от женщин с невынашиванием и 30 доношенных новорожденных детей составили вторую группу (контрольная).

Среди обследуемых новорожденных детей в первой и во второй группах преобладают девочки. В зависимости от гестационного возраста среди обследуемых новорожденных преобладали новорожденные с гестационным возрастом 31-33 недели ($50,0\% \pm 0,14$), и наименьшую часть составили новорожденные дети с гестационным возрастом 27-30 недель ($20,0\% \pm 0,5$).

Проведен анализ анамнестических данных матерей новорожденных детей, родившихся от матерей с невынашиванием. Детям проведено целенаправленное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Статистическая обработка результатов.

ГЛАВА III

Результаты собственных исследований

3.1 Состояние здоровья и особенности течения беременности у женщин с невынашиванием.

Среди обследуемых новорожденных возрастной аспект матерей составило от 18 до 35 лет. Как видно из таблицы 3.1.1 наибольшее количество матерей первой группы родили в возрасте 18-30 лет, что составило 83,3%. А старше 30 лет в 5 раз меньше и составила 16,6 %. Во второй группе также превалировало число матерей в возрасте от 18 до 30 лет-70% и в возрасте от 30 до 35 лет составило 30%. Как показали результаты исследования, у женщин, родивших недоношенных детей, средний возраст в группе с невынашиванием составил $27,47 \pm 0,63$ лет и $27,37 \pm 0,98$ лет - во второй группе.

При обследовании кратности беременности матерей новорожденных среди обследуемых групп наиболее часто встречались дети, родившиеся от III и IV беременности - 31,6% и 28,0%, родившиеся от I беременности в 1,5 раза меньше -21,6% .

Среди обследуемых матерей новорожденных первой группы в основном родившиеся дети были от III, IV, V, VI беременностей. Половина из них родились от III беременности и составили - 50,0%, от IV беременности в 1,3 раза меньше (30%) и наименьшую часть составили новорожденные родившихся от VI беременности (6,6%). Во второй группе среди обследуемых новорожденных наиболее часто встречались дети, родившиеся от I и II беременности – 63,3 % и в 4,7 раза меньше от 3 беременности. Меньшее количество новорожденных детей составило, рожденные от V и VI беременности – по 3,3%.

Таблица № 3.1.1.

**Характеристика акушерского анамнеза матерей обследуемых
новорожденных**

	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Возраст матери:18-30 лет	25	83,3	21	70,0	46	76,6
30-35 лет	5	16,6	9	30,0	14	23,3
Кратность беременности: I беременность	0	0	13	43,3	13	21,6
II беременность	0	0	6	20	6	10,0
III беременность	15	50,0	4	13,3	19	31,6
IV беременность	9	30,0	5	16,6	14	28,0
V беременность	4	13,3	1	3,3	5	8,3
VI беременность	2	6,6	1	3,3	3	5,0
Выкидыш	28	93,3	2	6,6	30	50,0
Аборт	2	6,6	4	13,3	6	10,0
Мертворождение	6	20,0	0	0	6	10,0

Было выявлено, что наиболее часто наблюдались выкидыши в анамнезе матерей первой группы – 93,3%, на второй план выступали мертворождение 20 % и в единичных случаях аборты —6,6 %. Среди обследуемых второй группы на первый план выступали аборты – 13,3%, почти в 2 раза меньше встречались

выкидыши- 6,6%, однако антенатальная гибель плода в данной группе не встречалось.

Сравнительная характеристика возрастного аспекта между группами показал, что преобладающее количество матерей в возрасте 18-30 лет составили женщины как в первой группе – 54,3%, так и во второй группе – 45,6%. Обследования кратности беременности матерей новорожденных показал, что среди матерей новорожденных детей в первой группе преобладало количество матерей от III – 78,9% и IV беременности - 64,2% по сравнению со второй группой. Тогда как количество первородок в основном наблюдалось (100%) только во второй группе. Сравнительный анализ акушерского анамнеза матерей обследуемых новорожденных показал, что наиболее часто встречались выкидыши у матерей новорожденных первой -93,3%, мертворождение-100%. А во второй группе преобладало количество аборт – 66,6%.

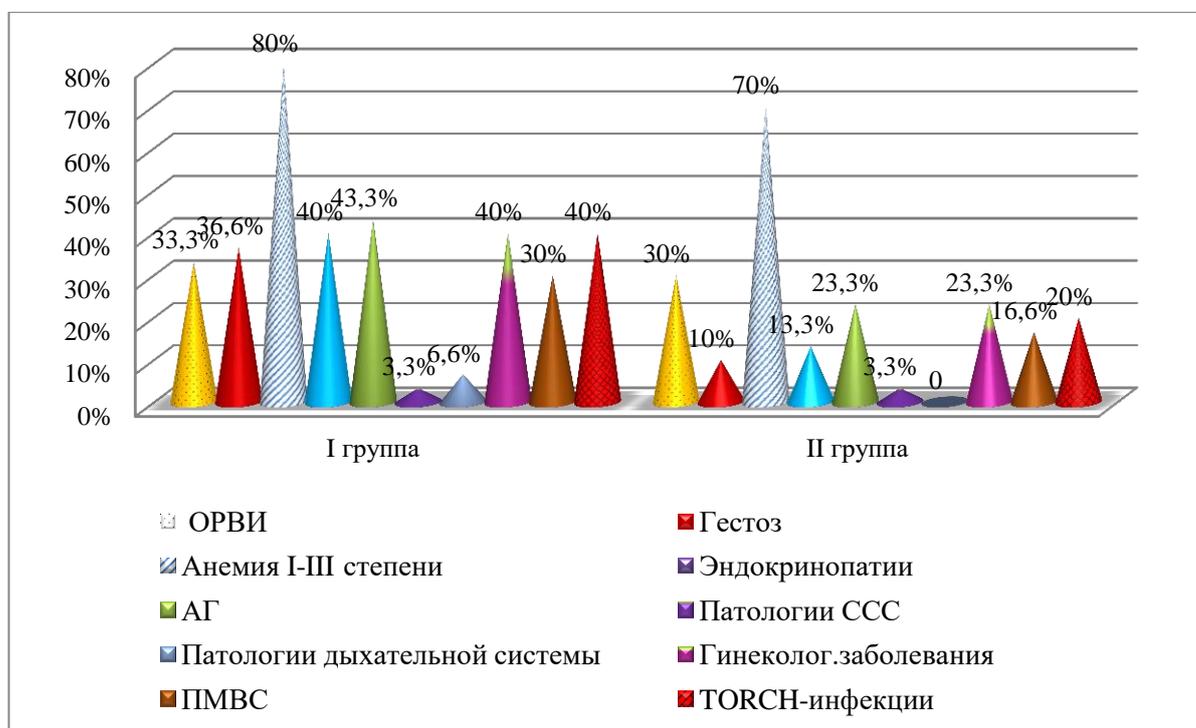
Таким образом, среди обследуемых матерей новорожденных детей возрастной аспект их составило от 18 до 30 лет – 76,6%, от 30 до 35 лет -23,3% достоверных возрастных различий обнаружено не было, однако выявлена тенденция к увеличению возраста женщин с невынашиванием в первой группе. При изучении кратности беременности матерей новорожденных было выявлено, что наиболее часто встречались дети, родившиеся от III и IV беременности - 80,0%, которые встречались среди матерей первой группы (45,0%), а во второй же группе – от I-II беременности-63,3%. Из акушерского анамнеза матерей выявлено, что наиболее часто встречались выкидыши которые преобладали в первой группе – 93,3%, и во второй группе аборт-66,6% .

Вместе с тем, анализ состояния здоровья матерей с невынашиванием, родивших недоношенных детей, указал на то, что имели экстрагенитальную патологию (диаграмма № 3.1.2). Неблагоприятное влияние экстрагенитальной патологии на течение беременности и родов достаточно многообразно и определяется характером и тяжестью основного заболевания

[40], что может существенно влиять на состояние плода и, таким образом, повышать перинатальную заболеваемость и смертность [19].

Диаграмма № 3.1.2.

Структура экстрагенитальных заболеваний матерей, обследуемых новорожденных



В проведенном исследовании, среди экстрагенитальной патологии у женщин всех групп преобладали анемия I-III степени (75,0%), в равной степени артериальная гипертензия (АГ) (33,3%), TORCH инфекция (30,0%), острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) (31,6%) и заболевание мочеполовой систем (29,3%), в меньшей степени гестозы (23,3%), эндокринопатии (26,6%). Встречаемость анемии преобладало у матерей первой группы (80,0%). Вторую позицию занимал АГ (43,3%) и TORCH инфекция (40,0%). По частоте встречаемости имело третье место заболевание мочеполовой системы (30,0%) и гестозы (36,6%). В контрольной группе первое и второе место также занимала анемия (70,0%) и АГ (23,3%). Немало важное значение по частоте встречаемости имели TORCH инфекции (20,0%), ОРВИ (30,0%) и заболевание мочевыделительной системы (16,6%). Большой

процент гинекологической патологии (40,0%) наблюдалось у женщин первой группы (кольпит, киста яичников, хронический эндометрит, ИЦН)

Следовательно, частота встречаемости экстрагенитальной патологии по группам достоверно различалась АГ($p<0,01$), TORCH($p<0,01$), патологии мочевыделительной системы (ПМВС) ($p<0,05$) и гестозы ($p<0,01$) доминировали в основной группе.

Сравнительная характеристика, обследуемых групп новорожденных показала, что с наибольшей частотой достоверно различалась, среди экстрагенитальных заболеваний матерей во время беременности гипертоническая болезнь – 65% ($p<0,01$), патологии мочевыделительной систем – 64,2% ($p<0,05$), TORCH инфекция - 66,6% ($p<0,01$) по сравнению матерями второй группы. Частота встречаемости гестоза превалировало достоверно также среди матерей первой группы и составило - 78,5% ($p<0,01$). Эндокринопатии также преобладали среди матерей новорожденных первой группы и составили соответственно - 75,0%.

Таким образом, среди экстрагенитальных заболеваний матери во время беременности, обследуемых новорожденных наиболее часто встречались анемия I-III степени, мочевыделительной системы, гипертоническая болезнь, гинекологические патологии, TORCH инфекции, ОРВИ, с меньшей частотой гестозы, которые доминировали среди матерей первой группы ($p<0,01$). Сравнительная характеристика, обследуемых групп новорожденных показал, что с наибольшей частотой среди экстрагенитальных заболеваний матерей во время беременности гипертоническая болезнь чаще имели в анамнезе у женщины с невынашиванием ($p<0,01$), а также патологии мочевыделительной систем, гестозы, TORCH инфекции и эндокринопатии.

В процессе исследований особое внимание обратил на себя факт высокой частоты осложнений течения беременности у женщин, родивших преждевременно. Наиболее частым осложнением в процессе течения беременности оказалась угроза прерывания 38,8%, на различных сроках

фетоплацентарная недостаточность – 21,6%, а так же преэклампсия – 23,3%, что согласуется с данными других авторов [11,24,57,59,99].

По частоте встречаемости, среди выявленных осложнений течения беременности у женщин с невынашиванием (таблица № 3.1.3.) в первой группе, на первом месте стоит угроза прерывание беременности – 56,6%, на втором месте преэклампсия и раннее излитие околоплодных вод – по 36,6%, на третьем - фетоплацентарная недостаточность (ФПН) у матерей (30%). Во второй группе: на первом месте угроза прерывания беременности – 20%, на втором месте ФПН – 13,3% у матерей, на третьем – преэклампсия, обвитие пуповины и грязные околоплодные воды – по 10,0%.

Таблица №3.1.3

Осложнения беременности и родов

Осложнение беременности и родов	Основная n=30		Контрольная n=30	
	абс.	%	абс.	%
Без осложнений	0	0,0	22	73,3
Преждевременная отслойка плац.	5	16,6	0	0,0
Ран.излитие о/п в	11	36,6	0	0,0
Грязные о/пв	6	20,0	3	10,0
Многоводие	3	10,0	2	6,6
Маловодие	3	10,0	2	6,6
Обвитие пуповины	6	20,0	3	10,0
Угрозы прерывание беременности	17	56,6*	6	20,0
Преэклампсия	11	36,6**	3	10,0
ФПН	9	30,0**	4	13,3
ХВГП	8	26,6**	2	6,6

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * ($P < 0,001$)

Примечание: * * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * ($P < 0,01$)

Сравнительная характеристика между группами показала угрозы прерывание беременности (73,9%) ($p < 0,01$), ФПН (69,2%) ($p < 0,01$), хроническая внутриутробная гипоксия плода (80%) ($p < 0,01$), преэклампсия (78,5%) ($p < 0,001$) в первой группе статистически достоверно больше, чем в контрольной группе.

Таким образом, среди осложнений беременности и родов матерей, обследуемых новорожденных наиболее часто встречались: угрозы прерывание беременности 2,8 раз больше, преэклампсия в 3,6 раз, фетоплацентарная недостаточность 2,2 раз, хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП) 4 раз у матерей основной группы чем в контрольной.

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, что согласуется с данными Шалиной Р.И. [66]. Так, в основной группе 43,3% были родоразрешены оперативным путем, в контрольной группе лишь 33,3% проведена операция кесарева сечения (таблица № 3.1.4). Тогда как физиологические роды преобладали у матерей второй группы - 66,6%.

Сравнительная характеристика между группами указывает на высокую частоту встречаемости операции кесарева сечения особенно среди женщин с невынашиванием (56,5%).

Таким образом в основной группе оперативное родоразрешение женщин проводилось достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$), однако, уменьшая перинатальную смертность, родоразрешение путем операции кесарева сечение незначительно способствует снижению заболеваемости новорожденных детей.

Способы родоразрешения

Способ родоразрешение	Основная n=30		Контрольная n=30		Итого n=60	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Кесарево сечение	13	43,3*	10	33,3	23	38,3
Самостоятельные	17	56,6	20	66,6	37	61,6

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * (P<0,05)

3.2. Оценка состояния новорожденных детей, родившихся от матерей с невынашиванием.

В исследование были включены недоношенные дети со сроком гестации от 27 до 37 недель. Средние значения гестационного возраста в основной группе составили $32,27 \pm 0,34$ недель, в контрольной группе $38,53 \pm 0,13$ недель, что было достоверно меньше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$), что объясняется более ранними сроками родоразрешения, чаще в связи с наличием показаний со стороны женщины (таблица №3.2.1). Вес новорожденных в основной группе в среднем составил $1991 \pm 97,6$ г а в контрольной группе масса тела новорожденных была $3243,3 \pm 100,9$ г, что так же было достоверно меньше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$).

Средние значения длины тела при рождении в основной группе составили $42,5 \pm 1,9$ см, в контрольной группе $51,3 \pm 2,0$ см, что было достоверно меньше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Окружность головы новорожденных в основной группе в среднем составил $30,4 \pm 1,6$ см а в контрольной группе $35,2 \pm 1,3$ см. Окружность грудной клетки новорожденных в основной группе в среднем составил $27,9 \pm 1,8$ см а в контрольной группе $33,5 \pm 1,6$ см, что так же было достоверно меньше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Таблица №3.2.1

Антропометрические показатели и срок гестации новорожденных детей

Показатель	I гр. (n=30)	II гр. (n=30)	P
Срок гестации	32,27±0,34	38,53±0,13	<0,001
Длина тела при рождении, см	42,5±1,9	51,3±2,0	<0,001
Окр.гр.клетки, см	27,9±1,8	33,5±1,6	<0,05
Окр.головы, см	30,4±1,6	35,2±1,3	<0,05

Как видно из таблицы № 3.2.2 оценка по шкале Апгар на 1-й минуте у новорожденных детей 1-й группы составила 6,6±0,15 баллов, а на 5-й минуте 7,53±0,16 баллов. У детей 2-й группы соответственно 7,3±0,08 и 8,3±0,08 баллов. Сравнительная оценка показателей по шкале Апгар в обследуемых группах показало, что наблюдалось достоверное снижение (P<0,001) показателей на первой и на пятой минуте у новорожденных детей родившихся от матерей с невынашиванием.

Таблица №3.2.2

Средние показатели оценки по шкале Апгар в исследуемых группах.

Показатели	Количество новорожденных детей		
	I-группа (n=30)	II-группа (n=30)	P
Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте (балл)	6,47±0,21	7,3 ±0,87	<0,001
Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте (балл)	7,50±0,17	8,3 ± 0,087	<0,001

При анализе общей характеристики оценки по шкале Апгар на первой минуте (диаграмма № 3.2.3.) обследуемых групп было выявлено, что большая часть детей родились с оценкой 7-10 баллов, что составило – 78,3%. В 4,7 раз меньше составили дети с оценкой 4-6 баллов (16,6%) по шкале Апгар и с оценкой 0-3 баллов среди обследуемых нами детей наблюдалось 5%. Как в первой так и во второй группах преобладало количество детей с оценкой по шкале Апгар 7-10 баллами и соответственно составила - 63,3%, 93,3%. В 2,8 раза меньше с оценкой 4-6 баллов - 26,6% а во второй составила 6,6%. С оценкой 0-3 балла (10%) наблюдалось только среди новорожденных первой группы. На 5 минуте также преобладало количество детей как в первой (76,6%) так и во второй группах с оценкой по шкале Апгар 7-10 баллов. Количество детей с оценкой 4-6 баллов резко снизилось в 1,3 раза среди детей первой группы и составило -20,0%, во второй группе детей с оценкой 4-6 баллов уже не наблюдалось. Однако с оценкой 0-3 балла встречалось в единичном случаи только среди детей первой группы (3,3 %).

Сравнительная характеристика между группами показало, что число детей с низкими оценками по шкале Апгар на первой минуте 4-6 баллов преобладала среди детей первой группы и составила 80%.

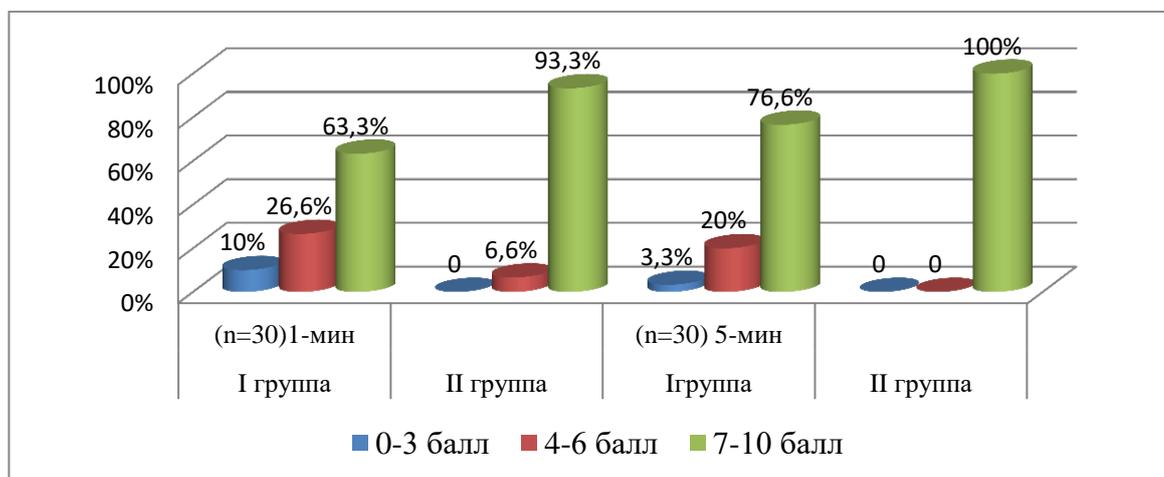
Причем наибольшее количество детей с оценкой 7-10 баллов наблюдалось во второй группе и составило 60 % чем в первой группе. Число детей с оценкой 0-3 балла наблюдалось только среди детей первой группы (100%). На пятой минуте с оценке по шкале Апгар 7-10 баллов превалировало среди детей второй группы и составило 43,3%. Детей с оценкой по шкале Апгар 4-6 баллов 100% случаев наблюдалось только среди детей первой группы.

Таким образом, было выявлено, что большая часть детей родились с оценкой 7-10 баллов, что составило – 78,3%, с оценкой 0-3 баллов среди обследуемых нами детей наблюдалось 5%. Как в первой так и во второй группах преобладало количество детей с оценкой по шкале Апгар 7-10 баллами и соответственно составила - 63,3%, 93,3%. С оценкой 0-3 балла (10%)

наблюдалось только среди новорожденных первой группы. На 5 минуте также преобладало количество детей как в первой (76,6%) так и во второй группах с оценкой по шкале Апгар 7-10 баллов. Однако с оценкой 0-3 балла встречалось в единичном случаи только среди детей первой группы (3,3 %).

Диаграмма №3.2.3.

Характеристика оценки по шкале Апгар обследуемых групп.



Сравнительная характеристика между группами показало, что число детей с низкими оценками по шкале Апгар на первой минуте 4-6 баллов преобладала среди детей первой группы и составила 80%. Причем наибольшее количество детей с оценкой 7-10 баллов наблюдалось во второй группе и составило 60% чем в первой группе. Число детей с оценкой 0-3 балла наблюдалось только среди детей первой группы (100%). На пятой минуте с оценке по шкале Апгар 7-10 баллов превалировало среди детей второй группы и составило 43,3%. Детей с оценкой по шкале Апгар 4-6 баллов 100% случаев наблюдалось только среди детей первой группы.

Согласно полученным данным, у обследуемых новорожденных обеих групп преобладали патология респираторной системы, что согласуется с исследованиями других авторов [25,78]. Частота развития РДС снижалась при увеличении срока гестации [17,28]. Степень дыхательных нарушений (тяжесть дыхательной недостаточности) оценивалась по шкале Сильвермана. РДС I степени была выявлена у 15 (50,0%) новорожденных 1 группы и 2

(6,6%) - во 2 группе. Вторая и третья степень РДС отмечена в первой группе у 4 (13,3%) и 3 (10%) новорожденных, чего не наблюдалось во второй группе (таблица № 3.2.4.)

Таблица №3.2.4

Оценка степени дыхательных нарушений у обследуемых детей по шкале Сильвермана.

Степень РДС (в баллах)	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=30)		P
	абс	%	абс	%	
1-3	15	50	2	6,6	<0,001
4-5	4	13,3	0	0	<0,001
>6	3	10,0	0	0	<0,001

Сравнительная характеристика обследуемых группах показала, что количество детей с первой степенью РДС преобладало среди детей первой группы и составила 88,2 % чем во второй. А РДС второй и третий степени наблюдалось только среди детей основной группе в 100% случаев.

Таким образом, дыхательные нарушения были достоверны ($p < 0,001$), чаще отмечены у недоношенных детей от женщин с невынашиванием. Причем, среди них преобладал РДС I степени 15 (50,0%), вторая и третья степень отмечена только в первой группе у 4 (13,3%) и 3 (10%) новорожденных, чего не наблюдалось во второй группе.

Вследствие морфо-функциональной незрелости легких и снижения компенсаторных возможностей при реализации респираторного дистресс синдрома недоношенные новорожденные нуждаются в пролонгированной респираторной поддержке, которая играет ведущее значение в комплексном лечении [22,28]. При этом, выбор стартового метода во многом зависит от кардиореспираторного статуса новорожденного и срока гестации. Основная цель респираторной терапии - достижение и поддержание у новорожденного

нормального газообмена, адекватных показателей газов крови с минимальным повреждающим действием на легкие или гемодинамику. Лечение респираторного дистресс-синдрома предусматривает использование дополнительного кислорода, поддержание постоянного положительного давления в дыхательных путях (Continuous Positive Airway Pressure - CPAP) и искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), которая также имеет несколько режимов: вспомогательной и принудительной вентиляции.

Таблица №3.2.5

Виды подачи кислородотерапии. Длительность респираторной поддержки (днях).

Виды	I группа(n=30)				II группа(n=30)			
	1-3 дня		4-6 дня		1-3 дня		4-6 дня	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
CPAP	15	50,0	4	13,3	1	3,3	0	0
ДКП	6	20,0	2	6,6	1	3,3	0	0
ИВЛ	3	10,0	2	6,6	0	0	0	0
Всего	24	80,0*	8	26,6	2	6,6	0	0

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * (P<0,001).

В процессе проведенных исследований, выявлено, что, в респираторной поддержке нуждались 24 (80,0%) новорожденных в 1 группе и 2 (6,6%) - во второй группе. Установлено, что необходимость в респираторной поддержке зависела не только от срока гестации, но и так же от невынашивания у матери.

Таким образом, потребность в респираторной поддержке достоверно чаще отмечалась (92,3%) (P<0,001).

Как показали результаты исследований, длительность применения респираторной поддержки была различной, она колебалась от 1 до 6 суток и более. Так, до 3-х суток, данный вид поддержки применялся у 24 (80,0%)

новорожденных в 1 группе, во второй группе у 2 (6,6%). Пролонгированная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) от 1 до 3 суток использовалась у 3 (10,0%) детей в 1 группе, чего не наблюдалось в контрольной группе. ИВЛ длительностью от 4 до 6 суток применялась у 2 (6,6%) детей в 1 группе (таблица № 3.2.5). Применение детской кислородной палатки (ДКП) для респираторной поддержки была различной. Так, до 3-х суток, данный вид поддержки применялся у 6 (20,0%) новорожденных в 1 группе, во второй группе у 1 (3,3%). Длительность применения ДКП от 4 до 6 суток использовалась у 2 (6,6 %) детей в 1 группе, чего не наблюдалось в контрольной группе. Длительность применения СРАР была различной, она колебалась от 1 до 6 суток и более. Так, до 3-х суток, данный вид поддержки применялся у 50,0% новорожденных детей в 1 группе, во второй группе у 1 (3,3%). СРАР от 4 до 6 суток применялась у 4 (13,3%) детей в 1 группе, чего не наблюдалось во второй группе.

Следовательно, потребность в респираторной поддержке и длительность ее применения достоверно выше в группе новорожденных детей родившихся от матерей с невынашиванием ($p < 0,001$). Результаты исследования показали, что с уменьшением срока гестации увеличивается необходимость в респираторной поддержке.

Оценка состояний новорожденных в раннем неонатальном периоде. По данным ВОЗ 50% неонатальной смертности приходится на первый день, поэтому в наших исследованиях, провидена оценка состояний новорожденных первые 24 часа жизни, то есть во втором в периоде адаптация. Данные анализа приведены в таблице 3.2.6. Известно, что частота дыхания, сердечной деятельности, цвет кожи, а так же активность ребёнка наиболее чувствительные показатели состояния ребенка. В наших исследованиях у новорожденных проведена оценка состояния новорожденных по различным категориям по шкале Апгар. У основного контингента общее состояние ребенка при рождении было удовлетворительным 56,6%. Большую часть которых составил

новорожденные второй группы 93,3%. В средне-тяжелом состоянии находились в 2,6 раз меньше детей (21,6%). В тяжелом состоянии (16,6 %) и в крайне тяжелом (5%) находились новорожденные дети, которые являлись представителями первой группы.

Таблица №3.2.6

Оценка состояния обследованных новорожденных первые 24 часа жизни

Состояние	I группа (n=30)		II группа (n=30)		всего n=60	
	Абс.	%	Абс.	%	абс	%
Общее состояние крайне тяжелое	3	10,0	0	0	3	5,0
Тяжелое	10	33,3	0	0	10	16,6
средне - тяжелом	11	36,6	2	6,6	13	21,6
удовлетворительное.	6	20,0	28	93,3	34	56,6
Кожные покровы розовые	3	10,0	25	83,3	28	46,6
бледно-розовые	3	10,0	3	10	6	10
Акроцианоз	22	73,3	2	6,6	24	40
Багровый	2	6,6	0	0	2	3,3
Сердечные тоны: Ритмичные	29	96,6	30	100	59	98,3
Неритмичные	1	3,3	0	0	1	1,6
Тахикардия	11	36,6	1	3,3	12	20,0
Брадикардия	3	10,0	1	3,3	4	6,6
Мышечный тонус: сохранен	13	43,3	29	96,6	42	70,0
Повышен	2	6,6	0	0	2	3,3
Понижен	11	36,6	1	3,3	12	20,0
поза «лягушки»	4	13,3	0	0	4	6,6

Необходима отметить, что количество детей в тяжелом и в средне-тяжелом состоянии почти были в одинаковом количестве и составили по 1/3 части всех обследуемых новорожденных первой группы (33,3%; 36,6%). Лишь

1/5 часть обследуемых детей были в удовлетворительном состоянии. Обратная картина наблюдалась среди детей второй группы. В удовлетворительном состоянии находилась 93,3% новорожденных и в средне тяжелом 6,6 %. В данной группе детей тяжелом и крайне тяжелом состоянии не наблюдалось. При оценке цвета кожных покровов было выявлено, что в I группе 10,0% детей родились с розовым оттенком, с бледно-розовым – 10,0%, больше процент детей с акроцианозом – 73,3%, и багровом – 6,6 %, Во II группе преобладало количество детей со цветом кожных покровов с розовым оттенком у 83,3 % детей, у незначительного количества детей с бледно-розовым в 8 раз меньше - 10,0%, с акроцианозом - 6,6%.

У основного контингента, обследуемых новорожденных детей (98,3%) отмечалось ритмичность сердечных тонов, как в первой так и во второй группах (96,6%, 100%). У 20,0% детей отмечалось тахикардия, и у незначительного количества брадикардия (6,6%), которая в основном наблюдалась среди детей первой группы (36,6%, 10%), Лишь в единичных случаях отмечалось неритмичность тонов сердца, наблюдающееся только среди, новорожденных детей I группы (3,3%). Физикальные исследования дыхательной системы в первые часы жизни, также выявили пуэрильного дыхания у (56,6%) новорожденных детей, однако наблюдалось превалирование количество детей во второй группе и составила 93,3%. Ослабленное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры преобладало у детей первой группы и составило 70,0 %, у троих детей наблюдала дыхательная недостаточность (10,0%).

У детей второй группы изменения со стороны дыхательной системы встречалось меньше и составило 6,6%.

Мышечный тонус был сохранен у новорожденных детей II группы у 96,6% и в два раза меньше в I группе у 43,3%. Изменения тонуса наблюдалось у детей в I группе у 43,2% с превалированием понижения тонуса у 36,6% детей,

в позе «лягушки» 13,3%. Во II группе обследуемых детей изменения тонуса с понижением наблюдалось в единичках случаях 3,3%.

Таким образом, состояния новорожденных в первые часы и жизни с измененным состоянием тонуса, цвета кожных покровов, нарушения сердечного ритма, дыхательная недостаточность напрямую связано с перенесенной асфиксией.

Анализируя выше изложенные состояния в оценке новорожденных в первые часы жизни нужно отметить, что дети, рожденные от матерей с невынашиванием были более подтверждены патологическому процессу, который снизил их адаптивные возможности в периоде ранней кардио-респираторной адаптации и периоде аутостабилизации внутренних органов.

Таким образом, более половина всех новорожденных детей, рожденных от матерей невынашиванием во втором периоде адаптации имели проявление нарушений дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, которое проявлялось тахикардией и изменением мышечного тонуса.

Наблюдение за динамикой за новорожденных на 3-4 дни жизни приравнены в таблице 3.2.7. Как видно у 50,0% детей первой группы наблюдалось желтушность кожных покровов с пероральным и акроцианозом 40,0%. можно рассматривать, как нормальное физиологическое явление, цианоз сохранился у 40,0% детей. Обращает на себя внимание, что у этих детей отмечалась мраморность (20,0%) и бледность (26,6%) кожных покровов. Ослабленное дыхание сохранилось у 26,6% новорожденных детей с приглушением сердечного тона у 53,3%. Изменение мышечного тонуса с преобладанием гипотонией наблюдалось у 66,6%, почти у 80,0% детей были снижены физиологические рефлекс.

Тогда как во второй группе желтушность кожных покровов наблюдалось лишь у 26,6%, в единичном случае наблюдалось приглушение сердечного тона (3,3%) и у 20,0% детей повышение мышечного тонуса.

**Оценка состояния новорожденных в периоде аутостабилизации
(3-4 день жизни)**

Состояние ребёнка на 3-4 дни жизни	I группа(30)		II группа(30)	
	Abs	%	Abs	%
Кожные покровы желтуха	15	50	8	26,6
Мраморность	6	20	0	0
Бледный	8	26,6	0	0
Цианоз	12	40	2	6,6
Ослабление дыхания	8	26,6	0	0
Приглушение сердечного тона	16	53,3	1	3,3
Повышение мышечного тонуса	2	6,6	6	20
Гипотония	20	66,6	1	3,3
Рефлексы снижены	24	80	1	3,3
Тремор	2	6,6	1	3,3

Анализ некоторых показателей периода адаптации у новорожденных детей показал, что у 90,0% обследуемых новорожденных первой группы были проведены реанимационные мероприятия. При проведении реанимационных мероприятий были применены шаг – А у более половины детей (63,3%), шаг - Б у 16,6% и у незначительного количества шаг - С (10,0%). У 80,0% новорожденных наблюдалась кислородозависимость. Нестабильность температуры тела определялось у 26,6% детей и у 63,3% нуждались в кувезном содержании.

Во II группе лишь 6,6% новорожденных детей имело место проведение реанимационных мероприятий и 6,6% из них были кислородозависимы. Нестабильность температуры тела наблюдалось в 10,0% случаев. В кувезное содержание не нуждались (таблица № 3.2.8.).

Таблица №3.2.8

**Характеристика некоторых показателей периода адаптации у
обследуемых новорожденных родившихся от матерей с невынашиванием**

	Основная группа n=30		Контрольная группа n=30		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Проводилось ли реанимация	27	90*	2	6,6	29	48,3
А шаг	19	63,3	2	6,6	21	35,0
Б шаг	5	16,6	0	0	5	8,3
С шаг	3	10,0	0	0	3	5,0
Кислородозависимость	24	80,0*	2	6,6	24	40
Кувезное содержание	19	63,3*	0	0	19	31,6
Нестабильность температуры тела	8	26,6*	3	10	11	18,3

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * ($P < 0,001$).

Сравнительная характеристика обследуемых групп показала, что реанимационные мероприятия проводились в большей степени среди детей I группы и составило - 83,3%. Кислородозависимость новорожденных преобладало среди новорожденных детей тоже I группы – 69,2% и содержание в кувезе нуждались 73,6%, чем среди детей второй группы. Большая нестабильность температуры тела также наблюдалось среди новорожденных первой группы - 80,5% по сравнению со второй.

Таким образом, исследования показали, что у большей части детей достоверно чаще проводились реанимационные мероприятия ($P < 0,001$), они были кислородозависимы ($P < 0,001$), у них наблюдались нестабильность

температуры тела ($P<0,001$) и находились в кувезе ($P<0,001$), которое преобладало среди детей, родившихся от матерей с невынашиванием I группы.

Таблица №3.2.9.

Длительность течения физиологической желтухи у новорожденных в периоде адаптации, родившихся от матерей с невынашиванием

Клиническое течение	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	abs	%	abs	%	abs	%
5 дней	2	6,6	3	10	5	8,3
До 10 дней	5	16,6	4	13,3	9	15
До месяца	6	20*	1	3,3	7	11,6
Более месяца	2	6,6	0	0	2	3,3

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * ($P<0,001$).

Длительность течения физиологической желтухи у новорожденных в периоде адаптации показал, что у 8,3% детей в периоде адаптации желтуха сохранялась в течение 5 дней.(таблица № 3.2.9). До 10 дней у 15,0 % детей, 11,6% до месяца и в единичных случаях более месяца (3,3%) . Среди детей I группы преобладали новорожденные с длительного физиологической желтухи до месяца, что составило 20%. В 1,5 раза меньше новорожденные с длительностью физиологической желтухи до 10 дней (16,6%), и в единичных случаях более месяца (6,6%). Во II группе число новорожденных с длительностью физиологической желтухи до 5 и 10 дней составило соответственно 10,0% и 13,3%. Необходимо отметить, что число детей до 1ого месяца наблюдалось в единичных случаях (3,3%).

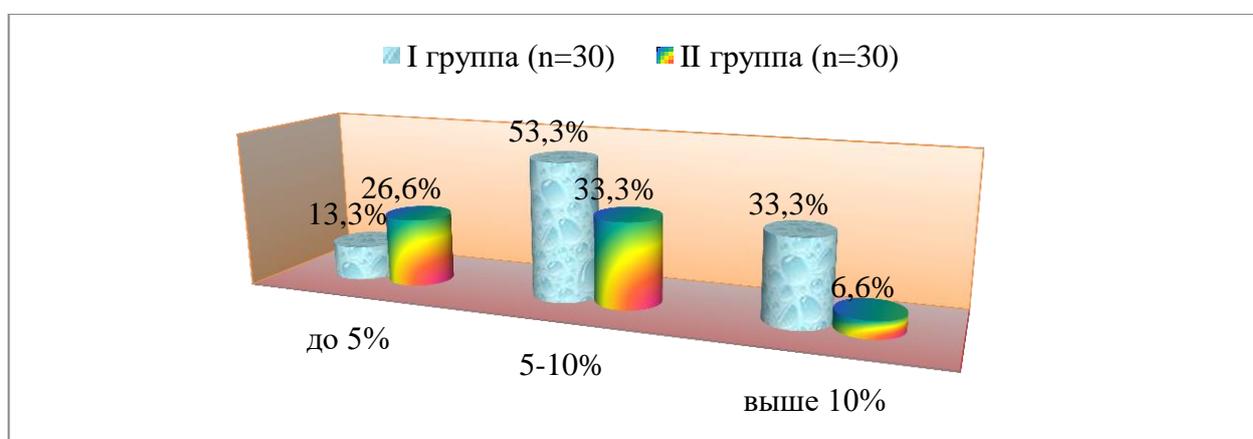
Сравнительная характеристика обследуемых групп новорожденных показало, что длительность транзиторного желтухи более месяца наблюдалось

только среди новорожденных первой группы (100%), до месяца также преваляло среди детей первой группы (85,7%).

Таким образом наши исследования показали, что в период адаптации у преваляющего количества новорожденных детей физиологическая желтуха продолжалась до 10 дней, как в первой, так и во второй группах. Сравнительная характеристика среди групп обследуемых новорожденных показало, что длительность транзиторного желтухи до месяца достоверно чаще ($P < 0,001$) преваляло в первой группе и более месяца наблюдалось только среди новорожденных от матерей с невынашиванием.

Диаграмма №3.2.10.

**Первоначальный убыль массы тела в периоде адаптации,
родившихся от матерей с невынашиванием**



Низкие величины первоначальной потери массы (диаграмма № 3.2.10) наблюдались преимущественно у детей второй группы (26,6%). Большая потеря массы тела (более 10%) отмечена у новорожденных, матери которых страдали тяжелыми токсикозами беременных, отягощённым акушерским анамнезом а также чаще у детей от матерей с невынашиванием (33,3%).

Согласно Н.П. Шабалову, восстановление первоначальной массы тела у здоровых доношенных новорожденных приходится на 5-7 день жизни. По нашим исследованиям данные критерии восстановления веса подверглись с 45,0 % (таблица № 3.2.11).

У меньшего количество детей восстановление первоначальной убыли массы тела наблюдалось на 10 дни жизни (11,6%) и на 16-30 ые (13,3%). В I группе превалировало также количество детей с восстановлением первоначальной убыли массы тела на 6-7 дни жизни и составило 50%. В 3 раза меньше детей на 10 дни и 16-30 дни жизни по 16,7%, в 5 раза меньше на 15 дни (10%) и в единичных случаях более месяца (6,6%).

Таблица №3.2.11.

Восстановления первоначальной убыли массы тела в периоде адаптации, у новорожденных.

Клиническое течение	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	abs	%	Abs	%	abs	%
6-7 день	15	50	12	60	27	45,0
10 день	5	16,6*	2	10	7	11,6
15 день	3	10	3	15	6	10,0
16-30 день	5	16,6*	3	15	8	13,3
Более месяц	2	6,6	0	0	2	3,3

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * (P<0,05).

У большого количество новорожденных II группы восстановление убыли массы тела наблюдалось на 6-7 дни жизни (60,0%) . В 4 раза меньше на 15-ые и 16-30 дни по 15,0 % и наименьше количество детей на 10 дни (10%).

При проведении сравнительной оценки восстановление первоначальной убыли массы тела показало, что количество обследуемых новорожденных детей I группы достоверно чаще (P<0,05) превалировало на 10 дни и 16-30 дни жизни и составила соответственно (71,4%, 62,5%) и более месяца (100%).

Таким образом, наши исследования показали, что низкие величины первоначальной потери массы наблюдались преимущественно у детей второй

группы, а с большей потерей массы тела (более 10%) отмечена у новорожденных, от матерей с невынашиванием (53,3%).

У преобладающего количества новорожденных восстановление первоначальной убыли массы тела наблюдалось в периоде адаптации на 6-7 дни жизни, как в первой так и во второй группах. В I группе преобладало количество детей с восстановлением первоначальной убыли массы тела также на 6-7 дни жизни и составило 50%. При проведении сравнительной оценки восстановления первоначальной убыли массы тела показало, что количество обследуемых новорожденных детей преобладало в I группе на 16-30 дни жизни (62,5%) и более месяца (100%).

3.3 Характеристика состояния здоровья и исходы в неонатальном периоде обследуемых новорожденных детей родившихся от матерей с невынашиванием.

Тяжесть состояния наблюдаемых детей усугублялась патологическими состояниями и синдромами неонатального периода структура, которых представлена в таблице № 3.3.1

Анализ структуры и частоты встречаемости заболеваемости у обследуемых новорожденных показало, что среди патологических состояний наиболее часто встречались РДС - 40,0%, перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС) - 38,3%, немаловажное значение имело внутриутробная инфекция (ВУИ) и анемия по 15,0% и пневмония - 13,3%. У меньшего количества детей встречались следующие патологии, как сепсис (5,0%) и ателектаз легких (3,3%). В единичных случаях некротический энтероколит (НЭК) (6,6%), гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) и врожденный порок сердца (ВПС) по 1,6%.

В группе новорожденных детей, рожденных от матерей с невынашиванием из сопутствующих патологий преобладало РДС - 73,3%,

ППЦНС – 76,6%, в 2,5 раз меньше пневмония – 26,6%, ВУИ-30,0%, анемия-26,6%. У 4 наблюдался (13,3%) ателектаз легких и у 3 сепсис (10,0%).

Таблица № 3.3.1.

Частота встречаемости патологических состояний новорожденных детей, родившихся от матерей с невынашиванием

Ранняя неонатальная заболеваемость	I группа (30)		II группа (30)		Всего (60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
РДС	22	73,3*	2	6,6	24	40
Пневмония	8	26,6*	0	0	8	13,3
ВПС	1	3,3	0	0	1	1,6
Анемия	8	26,6*	1	3,3	9	15
ВУИ	9	30,0*	0	0	9	15
ГБН	1	3,3	0	0	1	1,6
Ателектаз легких	4	13,3	0	0	4	6,6
НЭК	2	6,6	0	0	2	3,3
ППЦНС	23	76,6*	0	0	23	38,3
Сепсис	3	10	0	0	3	5

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * (P<0,001).

Среди обследуемых во II группе детей в единичных случаях наблюдались СДР (6,6%) и анемия (3,3%).

Сравнительная характеристика обследуемых новорожденных, показала, что среди сопутствующих заболеваний новорожденных детей, рожденных от матерей с невынашиванием достоверно чаще (P<0,001) диагностировали РДС, ППЦНС, пневмония, ВУИ, анемия.

**Клинические проявления неврологических расстройств у
новорожденных детей**

№	Клинические проявления	I группа n= 30		II группа n =30		Общее число n =60	
		Abs	%	Abs	%	Abs	%
1.	Синдром НРВ	2	6,6	1	3,3	3	5
2.	Синдром угнетения	20	66,6*	1	3,3	21	35
3.	Судорожный синдром	2	6,6	0	0	2	3,3
4.	Синдром вегето-висцеральная дисфункция	12	40,0*	1	3,3	13	21,6
5.	2 и более сочетанных синдромов	3	10	0	0	3	5

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * (P<0,001).

Ранний постнатальный период у новорожденных детей особенно у недоношенных характеризуется выраженной морфологической и функциональной незрелостью ЦНС [2,29,69,75,79,83], вследствие чего они имеют геморрагические и гипоксические повреждения головного мозга, что является наиболее частой причиной неврологических отклонений в периоде новорожденности и существенно влияет на дальнейшее развитие ребенка [85,86,90,91,97,99].

Как видно из таблицы № 3.3.2 у новорожденных детей наиболее часто встречался синдром угнетения (35,0%) и синдром вегето-висцеральной дисфункции (21,6%), в 7 раз меньше синдром нервно рефлекторной возбудимости (НРВ) (5,0%) и 2 и более сочетанных синдромов (5,0%) и в единичном случае судорожный синдром, что составило 3,3%.

В I группе у наибольшего количества детей наблюдался синдром угнетения (66,6%), и в 1,2 раза меньше синдромом вегето-висцеральной дисфункции (40,0%). Почти в равных соотношениях наблюдалось синдром нервно-рефлекторной возбудимости и судорожный синдром по 6,6%. 2 и более сочетанных синдромов составили 10,0%.

Среди обследуемых новорожденных детей II группы в единичных случаях встречались синдром нервно рефлекторной возбудимости, синдром угнетения, синдром вегето-весцеральной дисфункции по 3,3%.

Сравнительная характеристика между группами показало, судорожный синдром встречался только у детей I группы, что составило (100%). Синдром угнетения (95,2%) и синдром вегето-висцеральной дисфункций (92,3%), а также 2 и более сочетанных синдромов (100%) превалировали в I группе.

Таким образом, у больше половины обследуемых новорожденных наблюдалось перинатальное поражения ЦНС с наиболее частыми синдромами угнетения и синдром вегето-висцеральной дисфункции, которые достоверно чаще ($P < 0,001$) преобладали в I группе обследуемых новорожденных детей. Сравнительная характеристика между группами показало, судорожный синдром встречался только у детей I группы. Синдром угнетения и синдром вегето-висцеральной дисфункций, а также 2 и более сочетанных синдромов превалировали в I группе.

Проведенное исследование показало высокую частоту перинатального поражения ЦНС у обследуемых новорожденных как в основной, так и в контрольной группе (таблица № 3.3.3.). Так, диагноз гипоксические ишемические поражение при рождении имели только дети первой группы 17 (56,6%). Среди них у 30,0% новорожденных наблюдалась церебральная ишемия I степени, в 1,2 раза меньше церебральная ишемия II степени (23,3%) и в единичных случаях церебральная ишемия III степени (3,3%). Гипоксические геморрагические поражения встречалось у 20,0% новорожденных. Среди них

превалировало ВЖК II степени (13,3%), в 2 раза меньше ВЖК I степени (6,6%), ВЖК III степени не наблюдалось.

Таблица №3.3.3.

Структурные изменения головного мозга у обследуемых новорожденных по данным нейросонографии.

Признаки головного мозга НСГ	I гр (n=30)		II гр (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
1. Гипоксические ишемические поражения	17	56,6	0	0	17	28,3
-Церебральная ишемия I ст.	9	30	0	0	9	15
-Церебральная ишемия II ст.	7	23,3	0	0	7	11,6
-Церебральная ишемия III ст.	1	3,3	0	0	1	1,6
2. Гипоксические геморрагические поражения	6	20*	2	6,6	8	13,3
-ВЖК I ст.	2	6,6	1	3,3	3	5
-ВЖК II ст.	4	13,3	1	3,3	5	8,3
Кисты	5	16,6	2	6,6	7	11,6
Дилатация Системы ликвор.	5	16,6	1	3,3	6	10,0

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * (P<0,01).

Кисты различной локализации обнаружены у 16,6%. Во второй группе чаще наблюдается гипоксические геморрагические поражение (6,6%), однако процент встречаемости намного меньше, чем в первой группе. Дилатация ликворной системы была диагностирована у 5 (16,6%) детей в 1-й группе и 1 (3,3%) в контрольной группе.

Следовательно, церебральная ишемия наблюдалась только среди детей новорожденных от матерей с невынашиванием, однако гипоксические геморрагические поражение достоверно чаще была выявлена в первой группе ($p < 0,01$), с преобладанием ВЖК I и II степени.

Выводы к III главе

Среди обследуемых матерей новорожденных детей возрастной аспект их составил от 18 до 30 лет – 76,6%, от 30 до 35 лет – 23,3%. Достоверных возрастных различий обнаружено не было, однако выявлена тенденция к увеличению возраста женщин с невынашиванием в первой группе. При изучении кратности беременности матерей новорожденных было выявлено, что наиболее часто встречались дети, родившиеся от III и IV беременности – 80,0%, которые встречались среди матерей первой группы (45%), а во второй же группе – от I-II беременности – 63,3%. Из акушерского анамнеза матерей выявлено, что наиболее часто встречались выкидыши, которые преобладали в первой группе – 93,3%, и во второй группе аборт – 66,6%.

Среди экстрагенитальных заболеваний матери во время беременности, обследуемых новорожденных наиболее часто встречались анемия I-III степени, мочевого выделительной системы, гипертоническая болезнь, гинекологические патологии, TORCH инфекции, ОРВИ, с меньшей частотой гестозы, которые доминировали среди матерей первой группы ($p < 0,01$). Сравнительная характеристика, обследуемых групп новорожденных показала, что с наибольшей частотой среди экстрагенитальных заболеваний матерей во время беременности гипертоническая болезнь чаще имели в анамнезе у женщины с невынашиванием ($p < 0,01$), а также патологии мочевого выделительной системы ($p < 0,05$), гестозы, TORCH инфекции и эндокринопатии ($p < 0,01$).

Среди осложнений беременности и родов матерей, обследуемых новорожденных наиболее часто встречались: угрозы прерывания беременности 2,8 раз больше, преэклампсия в 3,6 раз, фетоплацентарная недостаточность 2,2 раз, ХВГП 4 раз у матерей основной группы чем в контрольной.

В основной группе оперативное родоразрешение женщин проводилось достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$), однако, уменьшая перинатальную смертность, родоразрешение путем операции кесарево сечение незначительно способствует снижению заболеваемости новорожденных детей.

Было выявлено, что большая часть детей родились с оценкой 7-10 баллов, что составило – 78,3%, с оценкой 0-3 баллов среди обследуемых нами детей наблюдалось 5%. Как в первой так и во второй группах преобладало количество детей с оценкой по шкале Апгар 7-10 баллами и соответственно составила - 63,3%, 93,3%. С оценкой 0-3 балла (10%) наблюдалось только среди новорожденных первой группы. На 5 минуте также преобладало количество детей как в первой (76,6%) так и во второй группах с оценкой по шкале Апгар 7-10 баллов. Однако с оценкой 0-3 балла встречалось в единичном случаи только среди детей первой группы (3,3 %).

Дыхательные нарушения были достоверна ($p < 0,001$) чаще отмечены у недоношенных детей от женщин с невынашиванием. Причем, среди них преобладал РДС I степени 15 (50,0%), вторая и третья степень отмечена только в первой группе у 4 (13,3%) и 3 (10%) новорожденных, чего не наблюдалось во второй группе. Потребность в респираторной поддержке достоверно чаще отмечалась у детей с невынашиванием (92,3%) ($P < 0,001$).

Как показали результаты исследований, длительность применения респираторной поддержки была различной, она колебалась от 1 до 6 суток и более. Так, до 3-х суток, данный вид поддержки применялся у 24 (80,0%) новорожденных в 1 группе, во второй группе у 2 (6,6%). Пролонгированная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) от 1 до 3 суток использовалась у 3 (10,0%) детей в 1 группе, чего не наблюдалось в контрольной группе. ИВЛ длительностью от 4 до 6 суток применялась у 2 (6,6%) детей в 1 группе. Применение детской кислородной палатки (ДКП) для респираторной поддержки была различной. Так, до 3-х суток, данный вид поддержки применялся у 6 (20,0%) новорожденных в 1 группе, во второй группе у 1 (3,3%). Длительность применения ДКП от 4 до 6 суток использовалась у 2 (6,6%) детей в 1 группе, чего не наблюдалось в контрольной группе. Длительность применения СРАР была различной, она колебалась от 1 до 6 суток и более. Так, до 3-х суток, данный вид поддержки применялся у 50,0% новорожденных

детей в 1 группе, во второй группе у 1 (3,3%). СРАР от 4 до 6 суток применялась у 4 (13,3%) детей в 1 группе, чего не наблюдалось во второй группе.

Состояния новорожденных в первые часы и жизни с измененным состоянием тонуса, цвета кожных покровов, нарушения сердечного ритма, дыхательная недостаточность напрямую связано с перенесенной асфиксией. Более половина всех новорожденных детей, рожденных от матерей невынашиванием во втором периоде адаптации имели проявление нарушений дыхательной системы, сердечно-сосудистой системы, которое проявлялось тахикардией и изменением мышечного тонуса.

У большей части детей достоверно чаще проводились реанимационные мероприятия ($P < 0,001$), они были кислородозависимы ($P < 0,001$), у них наблюдались нестабильность температуры тела ($P < 0,001$) и находились в кувезе ($P < 0,001$), которое преобладало среди детей, родившихся от матерей с невынашиванием I группы.

В период адаптации у преобладающего количества новорожденных детей физиологическая желтуха продолжалась до 10 дней, как в первой, так и во второй группах. Сравнительная характеристика среди групп обследуемых новорожденных показало, что длительность транзиторного желтухи до месяца достоверно чаще ($P < 0,001$) превалировало в первой группе и более месяца наблюдалось только среди новорожденных от матерей с невынашиванием. Низкие величины первоначальной потери массы наблюдались преимущественно у детей второй группы, а с большей потерей массы тела (более 10%) отмечена у новорожденных, от матерей с невынашиванием (53,3%).

У больше половины обследуемых новорожденных наблюдалось перинатальное поражения ЦНС с наиболее частыми синдромами угнетения и синдром вегето-висцеральной дисфункции, которые достоверно чаще ($P < 0,001$) преобладали в I группе обследуемых новорожденных детей. Сравнительная характеристика между группами показало, судорожный синдром встречался

только у детей I группы. Синдром угнетения и синдром вегето-висцеральной дисфункций, а также 2 и более сочетанных синдромов преобладали в I группе.

Заключение

В литературе имеются разрозненные и скудные данные о причинах и профилактике рождения детей малой массой тела, хотя отмечают продолжающийся рост преждевременных родов и смертности среди младенцев.

Было обследовано 60 новорожденных детей. Из них первую составили 30 маловесных новорожденных детей (основная), родившихся от женщин с невынашиванием. Вторую группу составили 30 доношенных новорожденных (контрольная)..

В исследование были включены недоношенные дети со сроком гестации от 27 до 37 недель. Средние значения гестационного возраста в основной группе составили $32,27 \pm 0,34$ недель, в контрольной группе $38,53 \pm 0,13$ недель, что было достоверно меньше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$), что объясняется более ранними сроками родоразрешения, чаще в связи с наличием показаний со стороны женщины. Вес новорожденных в основной группе в среднем составил $1991 \pm 97,6$ г а в контрольной группе масса тела новорожденных была $3243,3 \pm 100,9$ г, что так же было достоверно меньше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$),

В ходе работы был проведен анализ анамнестических данных матерей новорожденных детей, родившихся от матерей с невынашиванием и клинико – лабораторные исследования. Статистическая обработка результатов исследования.

Возрастной аспект матерей составило от 18 до 35 лет. У женщин, родивших недоношенных детей, средний возраст в группе с невынашиванием составил $27,47 \pm 0,63$ лет и $27,37 \pm 0,98$ лет - во второй группе. Паритет родов в

группе женщин с невынашиванием был $1,7 \pm 0,8$ и $1,8 \pm 0,9$ по подгруппам, $1,4 \pm 0,8$ и $1,8 \pm 0,7$ в 1 и 2 подгруппе группы сравнения.

Характеристика возрастного аспекта между группами показала, что преобладающее количество матерей в возрасте 18-30 лет составили женщины как в первой группе – 54,3%, так и во второй группе – 45,6 %, кратность беременности матерей новорожденных показала, что среди матерей новорожденных детей в первой группе преобладало количество матерей от III – 78,9% и IV беременности - 64,2 % по сравнению со второй группой. Тогда как количество первородок в основном наблюдалось (100%) только во второй группе. Наиболее часто встречались выкидыши у матерей новорожденных первой - 93,3%, мертворождение - 100%, а во второй группе преобладало количество аборт – 66,6%.

Частота встречаемости экстрагенитальной патологии по группам достоверно различалась, АГ, TORCH, ПМВС и гестозы доминировали в основной группе ($p < 0,01$; $p < 0,05$).

С наибольшей частотой достоверно различалась, среди экстрагенитальных заболеваний матерей во время беременности гипертоническая болезнь – 65% ($p < 0,01$), патологии мочевыделительной систем – 64,2% ($p < 0,05$), TORCH инфекция - 66,6% ($p < 0,01$) по сравнению матерями второй группы. Частота встречаемости гестоза преобладало достоверно также среди матерей первой группы и составило-78,5% ($p < 0,01$). Эндокринопатии также преобладали среди матерей новорожденных первой группы и составили соответственно- 75,0%.

Частым осложнением в процессе течения беременности оказалась угроза прерывания 38,8%, на различных сроках фетоплацентарная недостаточность – 21,6%, а так же преэклампсия – 23,3%, что согласуется с данными других авторов. Сравнительная характеристика между группами показала угрозы прерывание беременности (73,9%) ($p < 0,01$), ФПН (69,2%) ($p < 0,01$), ХВГП

(80%) ($p<0,01$), преэклампсия (78,5%) ($p<0,001$) в первой группе статистически достоверно больше, чем в контрольной группе.

Оперативное родоразрешение женщин проводилось достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p<0,05$). Сравнительная характеристика между группами указывает на высокую частоту встречаемости операции кесарева сечения, особенно среди женщин с невынашиванием (56,5%).

Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте у новорожденных детей 1-й группы составила $6,6\pm 0,15$ баллов, а на 5-й минуте $7,53\pm 0,16$ баллов. У детей 2-й группы соответственно $7,3\pm 0,08$ и $8,3\pm 0,08$ баллов. Сравнительная оценка показателей по шкале Апгар в обследуемых группах показало, что наблюдалось достоверное снижение ($P<0,001$) показателей на первой и на пятой минуте у новорожденных детей родившихся от матерей с невынашиванием.

Согласно полученным данным, у обследуемых новорожденных обеих групп преобладали патология респираторной системы. Частота развития респираторного дистресс-синдрома (РДС) снижалась при увеличении срока гестации. РДС 1 степени была выявлена у 15 (50,0%) новорожденных 1 группы и 2 (6,6%) - во 2 группе. Вторая и третья степень РДС отмечена в первой группе у 4 (13,3%) и 3 (10%) новорожденных, чего не наблюдалось во второй группе.

В процессе проведенных исследований, выявлено, что, в респираторной поддержке нуждались 24 (80,0%) новорожденных в 1 группе и 2 (6,6%) - во второй группе. Установлено, что необходимость в респираторной поддержке зависела не только от срока гестации, но и так же от невынашивания у матери. Потребность в респираторной поддержке и длительность ее применения достоверно выше в группе новорожденных детей родившихся от матерей с невынашиванием ($p<0,001$). Результаты исследования показали, что с уменьшением срока гестации увеличивается необходимость в респираторной поддержке.

При проведении оценки состояний новорожденных первые 24 часа жизни, то есть во втором в периоде адаптация. Показали, что у основного контингента общее состояние ребенка при рождении было удовлетворительным 56,6%. Большую часть которых составил новорожденные второй группы 93,3%. В тяжелом состоянии (16,6%) и в крайне тяжелом (5,0%) находились новорожденные дети, которые являлись представителями первой группы. Оценке цвета кожных покровов было выявлено, что в I группе 10,0% детей родились с розовым оттенком, с бледно-розовым – 10,0%, больше процент детей с акроцианозом – 73,3%, и багровом – 6,6%. Во II группе преобладало количество детей с розовым кожным оттенком у 83,3% детей, у незначительного количества детей с бледно-розовым в 8 раз меньше - 10,0%, с акроцианозом - 6,6%. У основного контингента, обследуемых новорожденных детей (98,3%) отмечалось ритмичность сердечных тонов, как в первой так и во второй группах (96,6%, 100%). У 20,0% детей отмечалось тахикардия, и у незначительного количества брадикардия (6,6%), которая в основном наблюдалась среди детей первой группы (36,6%, 10%). Физикальные исследования дыхательной системы в первые часы жизни, также выявили пуэрильного дыхания у (56,6%) новорожденных детей, однако наблюдалось превалирование количество детей во второй группе и составила 93,3%. Ослабленное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры преобладало у детей первой группы и составило 70,0%, у троих детей наблюдала дыхательная недостаточность (10,0%). Мышечный тонус был сохранен у новорожденных детей II группы у 96,6% и в два раза меньше в I группе у 43,3%. Изменения тонуса наблюдалось у детей в I группе у 43,2% с превалированием понижения тонуса у 36,6% детей, в позе «лягушки» 13,3%.

Анализируя выше изложенные состояния в оценке новорожденных в первые часы жизни нужно отметить, что дети, рожденные от матерей с невынашиванием были более подтверждены патологическому процессу, который снизил их адаптивные возможности в периоде ранней кардио-

респираторной адаптации и периоде аутостабилизации внутренних органов. При анализе некоторых показателей периода адаптации у новорожденных детей было выявлено, что реанимационные мероприятия проводились в большей степени среди детей I группы и составило - 83,3%. Кислородозависимость новорожденных преобладала среди новорожденных детей тоже I группы - 69,2% и содержание в кувезе нуждались 73,6%, чем среди детей второй группы. Большая нестабильность температуры тела также наблюдалась среди новорожденных первой группы - 80,5% по сравнению со второй. Показал, что у 90,0% обследуемых новорожденных первой группы были проведены реанимационные мероприятия.

Длительность течения физиологической желтухи у новорожденных в обследуемых группах новорожденных показало, что длительность транзиторной желтухи более месяца наблюдалось только среди новорожденных первой группы (100%), до месяца также превалировало среди детей первой группы (85,7%).

Низкие величины первоначальной потери массы наблюдались преимущественно у детей второй группы (26,6%). Большая потеря массы тела (более 10%) отмечена у новорожденных, матери которых страдали тяжелыми токсикозами беременных, отягощенным акушерским анамнезом а также чаще у детей от матерей с невынашиванием (53,3%). Восстановление первоначальной убыли массы тела показало, что количество обследуемых новорожденных детей I группы достоверно чаще ($P < 0,05$) превалировало на 10 дни и 16-30 дни жизни и составила соответственно (71,4%, 62,5%) и более месяца (100%).

Структура и частота встречаемости заболеваемости в группе новорожденных детей, рожденных от матерей с невынашиванием из сопутствующих патологий превалировало РДС - 73,3%, ППЦНС - 76,6%, в 2,5 раз меньше пневмония - 26,6%, ВУИ-30,0%, анемия-26,6%. У 4 наблюдался (13,3%) ателектаз легких и у 3 сепсис (10,0%). Среди обследуемых во II группе

детей в единичных случаях наблюдались РДС (6,6%) и анемия (3,3%). Сравнительная характеристика обследуемых новорожденных, показала, что среди сопутствующих заболеваний новорожденных детей, рожденных от матерей с невынашиванием достоверно чаще ($P < 0,001$) диагностировали РДС, ППЦНС, пневмония, ВУИ, анемия.

Ранний постнатальный период у новорожденных детей особенно у недоношенных характеризуется выраженной морфологической и функциональной незрелостью центральной нервной системы (ЦНС) вследствие чего они имеют геморрагические и гипоксические повреждения головного мозга, что является наиболее частой причиной неврологических отклонений в периоде новорожденности и существенно влияет на дальнейшее развитие ребенка. В I группе у наибольшего количества детей наблюдался синдром угнетения (66,6%) и в 1,2 раза меньше синдромом вегето-висцеральной дисфункции (40,0%). Почти в равных соотношениях наблюдалось синдром нервно-рефлекторной возбудимости и судорожный синдром по 6,6%. 2 и более сочетанных синдромов составили 10,0%. Среди обследуемых новорожденных детей II группы в единичных случаях встречались синдром нервно рефлекторной возбудимости, синдром угнетения, синдром вегето-весцеральной дисфункции по 3,3%. Диагноз гипоксические ишемические поражение при рождении имели только дети первой группы 17 (56,6%). Среди них у 30,0% новорожденных наблюдалась церебральная ишемия I степени, в 1,2 раза меньше церебральная ишемия II степени (23,3%) и в единичных случаях церебральная ишемия III степени (3,3%). Гипоксические геморрагические поражения встречалось у 20,0% новорожденных. Среди них превалировало ВЖК II степени (13,3%), в 2 раза меньше ВЖК I степени (6,6%), ВЖК III степени не наблюдалось. Кисты различной локализации обнаружены у 16,6%. Во второй группе чаще наблюдается гипоксические геморрагические поражение (6,6%), однако процент встречаемости намного меньше, чем в

первой группе. Дилатация ликворной системы была диагностирована у 5 (16,6%) детей в 1-й группе и 1 (3,3%) в контрольной группе.

Таким образом, основными причинами невынашивания у женщин являются - отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные выкидыши, мертворождения $P < 0,001$, искусственные аборты $P < 0,01$), хроническая и сочетанная патология (артериальная гипертензия $P < 0,01$, патология мочевыделительной системы, TORCH-инфекции $P < 0,05$). В перинатальном периоде у матерей с невынашиванием наиболее значимыми факторами риска были угроза прерывания беременности ($P < 0,001$), преэклампсия, ФПН, ХВГП ($P < 0,001$). У преобладающего количества новорожденных детей, родившихся от матерей с невынашиванием имеют низкую оценку показателей по шкале Апгар на первой и на пятой минутах при рождении ($P < 0,001$), наблюдается повышенная частота встречаемости РДС ($p < 0,001$), причем РДС II и III (23,3%), что требовало более длительной респираторной поддержки. У них определяются характерные особенности ранней постнатальной адаптации и склонности к переходу транзиторных состояний в патологические: более длительно протекала физиологическая желтуха (85,7%), потеря первоначальной убыль массы тела (ПУМТ) свыше 10% (88,3%), восстановление ПУМТ длилось до 30 дней (62,5%), и имеют более низкие антропометрические показатели ($P < 0,05$) по сравнению со второй группой. В структуре заболеваемости детей, родившихся от матерей с невынашиванием в неонатальном периоде, имеет свои особенности так достоверно чаще ($P < 0,001$) диагностировали патологии с стороны органов дыхания, связанные с дистресс – синдромом, пневмонией (26,6%), перинатальными поражениями ЦНС (76,6 %) чаще гипоксически ишемического характера (56,6%), ВУИ (30,0%), анемия ($P > 0,001$), что значительно превышает таковые показатели у новорожденных второй группы.

Связи с чем детям, рожденным от матерей с невынашиванием в периоде адаптации необходимо проводить тщательный клинический мониторинг. Выхаживание этих детей должно осуществляться с применением современных

технологий в специализированных центрах. Им необходимо проводить более длительную респираторную поддержку, клинико-лабораторное и инструментальные обследование для выявления у них соматической патологии, и диктует необходимость диспансерного наблюдения их в раннем возрасте по индивидуальному плану.

ВЫВОДЫ

1. Основными причинами невынашивания у женщин являются - отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные выкидыши, мертворождения $P < 0,001$, искусственные аборты $P < 0,01$), хроническая и сочетанная патология (артериальная гипертензия $P < 0,01$, патология мочевыделительной системы, TORCH-инфекции $P < 0,05$). В перинатальном периоде у матерей с невынашиванием наиболее значимыми факторами риска были угроза прерывания беременности ($P < 0,001$), преэклампсия, ФПН, ХВГП ($P < 0,001$).

2. У преобладающего количества новорожденных детей, родившихся от матерей с невынашиванием имеют низкую оценку показателей по шкале Апгар на первой и на пятой минутах при рождении ($P < 0,001$), наблюдается повышенная частота встречаемости РДС ($p < 0,001$), причем РДС II и III (23,3%), что требовало более длительной респираторной поддержки. У них определяются характерные особенности ранней постнатальной адаптации и склонности к переходу транзиторных состояний в патологические: более длительно протекала физиологическая желтуха (85,7%), потеря ПУМТ свыше 10% (88,3%), восстановление ПУМТ длилось до 30 дней (62,5%), и имеют более низкие антропометрические показатели ($P < 0,05$) по сравнению со второй группой.

3. Структура заболеваемости детей, родившихся от матерей с невынашиванием в неонатальном периоде, имеет свои особенности так достоверно чаще ($P < 0,001$) диагностировали патологии с стороны органов

дыхания, связанные с дистресс – синдромом, пневмонией (26,6%), перинатальными поражениями ЦНС (76,6 %) чаще гипоксически ишемического характера (56,6%), ВУИ (30,0%), анемия ($P>0,001$), что значительно превышает таковые показатели у новорожденных второй группы.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Статья. Гулямова м.а., ходжиметов х.а. .абдурахманова м.а., кулмирзаева д.ш. «Клинико – диагностические особенности перинатальных поражений цнс у новорожденных детей, родившихся от матерей с невынашиванием»// Студенческая научная конференция Журнал Педиатрии №2 2020 год, апрель. С.
2. Тезис. Абдурахманова М.А., Лутфуллаева С.А., Гулямова М.А. «Структура экстрагенитальных заболеваний и их осложнений в период беременности и родов у матерей с невынашиванием»// Сборник студетческой конеренции. 2020 Апрель
3. Тезис. Ходжиметова Ш.Х., Абдурахманова М. А., Кулмирзаева Д.Ш., Гулямова М.А. «Состояние здоровья и особенности течения беременности у женщин с невынашиванием»././ Сборник научных трудов материалы II научно-практической видеоконференции студентов медиков и молодых ученых с международным участием. Инновации в медицине. Андижан 6 декабря, 2019. С.615-616.
4. Тезис. Гулямова М.А., Турсунбаева Ф. Ф, Абдурахманова М. А. «Диагностическое значение лимфопенических состояний у недоношенных новорождененных детей с ранним неонатальным сепсисом»//
5. Тезис. Гулямова М.А., Турсунбаева Ф. Ф, Абдурахманова М. А. «Длительность респиратор поддержке» // Международная научно-практическая конференция «Здоровые дети-наши будущее»

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдрахманова Г.Е., Давлетгелдиева З.Г., Жетписбаев Г.А., Арынова Б.С, Пушкарев К.А.. Выхаживание и лечение маловесных детей с перинатальной гипоксически – ишемической энцефалопатией // Вестник КазНМУ №1-2014. С.132-133.
2. Айламазян Э.К, Кулаков В.И, Радзинский В.Е., Савельева Г.М.// Акушерство. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 250—258 с.
3. Айламазян Э.К., Евсюкова И.И Дискуссионные проблемы преждевременных родов и выхаживания детей с экстремально низкой массой тела // «Журнал акушерства и женских болезней» - 2011.- том LX выпуск 3-С. 183-189.
4. Акрамова Х.А., Ахмедова Д.И.. Особенности адаптации маловесных новорожденных в неонатальном периоде// Педиатрия, 2016 №3, С. 6-9.
5. Акушерство: национальное руководство/ под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой - М.: ГЭОТАР - Медиа.- 2013.-1200 с.
6. Александрович Ю.С. «Интенсивная терапия новорожденных»/ Ю.С. Александрович, К.В. Пшениснов. Руководство для врачей - СПб.: Издательство Н-Л. -2013.-672 с.
7. Александрович Ю.С. Особенности течения синдрома полиорганной недостаточности у доношенных и недоношенных новорожденных/ Ю.С. Александрович, Б.К. Нурмагамбетова, К.В. Пшениснов, Е.В. Паршин// «Вопросы практической педиатрии» 2009.- т. 4, №1.- С. 14-16.
8. Альбицкий В.Ю., Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х., Терлецкая Р .Н. Смертность новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 2. – С. 16–21.
9. Андреюк О.Г. Особенности состояния здоровья, прогнозирование его нарушений у детей, рождённых с массой тела менее 1500 грамм на первом

году жизни: Автореф. дисс... канд. мед. наук. Иваново 2011; 22.

10. Аржанова О.Н. Роль артериальной гипертензии в патогенезе гестоза и плацентарной недостаточности/ О.Н. Аржанова// «Журнал акушерства и женских болезней». - 2010.- том LIX выпуск 1.- С.31-35.
11. Афанасьева Н.В. Акушерская тактика при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести: Автореф. дисс....канд. мед. наук/ Н.В. Афанасьева М.- 2004.- 24 с.
12. Ахмадеева, Э.Н. Коэффициент развития по шкале КАТ/ КЛАМС у детей, перенесших неонатальную реанимацию / Э.Н. Ахмадеева, А.Я. Валиулина, Л.Р. Нурлыгаянова [и др.] // Актуальные проблемы педиатрии: сб. материалов XII конгресса педиатров России, 19—22 февр. 2008. — М., 2008. — С.18.].
13. Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Исходы беременности в сроке 22–27 недель в медицинских учреждениях Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10. – № 1. – С. 17–20.
14. Башмакова Н.В., Литвинова А.М., Винокурова Е.А. Перинатальные исходы у женщин с привычным невынашиванием в зависимости от репродуктивного дебюта. Уральский медицинский журнал 2010;5:8—16.
15. Боровик Т.Э., Яцык Г.В., Ладодо К.С. и др. //Рациональное вскармливание недоношенных детей. М 2010; 63.
16. Васильева О.А. Фармаколазерная профилактика перинатальных осложнений фетоплацентарной недостаточности/ О.А. Васильева, А.В.Картелишев, В.Ф. Коколина, А.Г. Румянцев, Н.Т. Месхи// «Педиатрия» 2007.-№1С. 119-126.
17. Ведение новорожденных с респираторным дистресс синдромом: методические рекомендации под редакцией академика РАН Н.Н. Володина/сост.: А.П. Аверин, А.Г. Антонов, Е.Н. Байбарина, В.А. Гребенников, М.В.Дегтярев, Д.О. Иванов, О.В. Ионов, А.Р. Киртбая, А.А.Ленюшкина, А.В.Мостовой, Ф.Г. Мухаметшин, Л.Г. Панкратов,

Ю.В.Петренко,М.Е.Пруткин, К.В. Романенко, А.Ю. Рындин, И.Г. Солдатова - Москва, 2014.- 70 с.

18. Володин Н.Н. Детские болезни/ Н.Н. Володин, Ю.Г. Мухина, А.И. Чубарова. Том 1. Неонатология. Учебник - М.: Издательство «Династия». - 2011.-512с.
19. Гордеев А.Н. Современные подходы к срокам и методам родоразрешения беременных с высоким перинатальным риском. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. С. 46—48.
20. Дезадаптационный синдром у детей раннего возраста: учебно-методическое пособие/ Л.Е. Гавриков, О.С. Глазачев. - ВолгГМУ - Волгоград.-2009.- 124 с.
21. Дементьева Г.М. Низкая масса тела при рождении. Гипоксия плода и новорожденного / Приложение к журналу «Российский вестник перинатологии и педиатрии».- М. - 2003. -89 с.
22. Диагностика и лечение респираторного дистресс-синдрома недоношенных: Проект методических рекомендаций Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ)/ сост.: Е.Н Байбарина, А.М. Верещинский, К.Д. Горелик, В.А. Гребенников, Д.Н. Дегтярев, С.Л. Иванов, О.В. Ионов, В.А. Любименко, А.В. Мостовой, Ф.Г. Мухаметшин, Л.Г. Панкратов, М.Е. Пруткин, К.В. Романенко, М.В. Фомичев, К.С. Шведов, Е.Н. Байбарина, А.М. Верещинский, К.Д. Горелик/ Ж. Интенсивная терапия - №2 -2007. <http://www.ici.ru/2007-02n-01.html>
23. Закон Республики Узбекистан об учреждении ордена «Соғлом авлод учун» // 7 мая 1993 г., № 873-ХП.
24. Игнатко И. В. Патогенез перинатальных нарушений при беременности высокого риска/ И.В. Игнатко, М.В. Рыбин, Е.М. Калинина// Вопросы практической педиатрии. -2006.- Т.1. - №4- С.27.
25. Игнатко И.В. 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.
26. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении. Методическое письмо. Под. ред. Е.Н. Байбариной, Д.Н. Дегтярева. М 2011; 70.
 27. Кешишян Е.С.. Недоношенный ребёнок: медико-социальные и психолого-педагогические нерешенные вопросы // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 6, 2015.
 28. Киртбая А.Р. Сопоставление эффективности методов респираторной терапии синдрома дыхательных расстройств у глубоконедоношенных детей/ А.Р. Киртбая, Ю.Н. Воронцова, Е.М. Яковлева// Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2008. -т. 53. №4. С. 15-18.
 29. Клименко Т.М. Перинатальное гипоксическое поражение центральной нервной системы: современный взгляд на проблему/ Т.М. Клименко, И.В. Тарасова, С.Н. Касян// Вопросы практической педиатрии.-2013.-т.8, №4. С.40-45.
 30. Ковалев В.В. Патологические основы ультразвукового мониторинга состояния плода при синдроме задержки его развития/ В.В. Ковалев, П.Б. Цывьян// Акушерство и гинекология. - 2010. №1. С. 11-14.
 31. Козлов П.В. Преждевременный разрыв околоплодных оболочек при недоношенной беременности (Прогнозирование. Тактика ведения. Исходы). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2010. С. 39—40.
 32. Колобов А.В., Меркулова А.И., Цинзерлинг В.А. Инфекционные поражения последа как причина невынашивания беременности // Журнал инфектологии. – 2015. – № 1. – С. 47–52.
 33. Копцева А.В. Особенности перинатального поражения ЦНС и прогнозирование результатов лечения у недоношенных детей с ЗВУР/ А.В. Копцева, А.Ф. Виноградов, О.В. Иванова// Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2010. - №3. С.20-25.

34. Котий С. А. Нейротрофические факторы нервной системы как индикаторы адаптации и повреждения головного мозга при перинатальной гипоксии у новорожденных [Электронный ресурс] : дис. ... канд. мед. наук / С.А. Котий.- 2009 - 167 с. - Режим доступа : локальная сеть СОУНБ им. Белинского, зал ЭИ.
35. Краева О.А., Павличенко М.В. Оценка ультразвуковых показателей органов брюшной полости, почек, сердца и головного мозга новорожденных детей 24—42 нед гестации, жителей Свердловской области. Медицинская технология. Екатеринбург 2010 С-37;
36. Кулида Л.В. Клиническое значение плацентарных факторов в генезе перинатальной патологии при беременности, осложненной гестозом/Л.В. Кулида, И.А. Панова, Л.П. Перетятко// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.-2007. - т.7. №2. С.25-28.
37. Луценко М.Т., Андриевская И.А. Морфометрические исследования фетоплацентарного барьера ворсинок плаценты при герпесной и цитомегаловирусной инфекциях // Бюл. СО РАМН. 2010. Т.30, №3. С.137–140.
38. Луценко М.Т., Андриевская И.А., Довжикова И.В. Морфофункциональная характеристика фетоплацентарного комплекса у беременных, перенесших обострение герпес-вирусной инфекции, и патоморфологические изменения в органах плода // Арх. патол. 2010. Т.72, №4. С.47–49.
39. Малышкина А.И., Песикин О.Н., Назаров С.Б., Панова И.А., Харламова Н.В., Чаша Т.В., Шилова Н.А., Матвеева Е.А., Рокотянская Е.А. Экстремально ранние преждевременные роды. Исходы для детей в условиях поэтапного оказания медицинской помощи. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение 2015; 1(7): 17–21.
40. Малютин Л.В., Серова О.Ф. Профилактика ИВЛ-ассоциированной пневмонии у новорожденных. Всероссийский конгресс специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация,

- технологии и качество», 5-й: Материалы. М 2010; 47
41. Милованов А.Г., Серова О.Ф. Причины и дифференцированное лечение раннего невынашивания беременности (руководство для врачей). – М.: Студия МДВ, 2011. – С. 186–194.
 42. Нароган М.В., Сюткина Е.В., Яцык Г.В. Энергетический обмен и увелечение массы тела у недоношенных детей.// Вопрос современной педиатрии 2007; 6:3:112-113.
 43. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. – М., 2016. Доступен по: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskayainformatsiya-minzdrava-rossii>. (Дата обращения 1 сентября 2016 г)
 44. Оценка состояния плода. Кардиотокография. Доплерометрия. Биофизический профиль: Учеб. пособие/ С.Л. Воскресенский. - Минск.: Книжный дом. - 2004. - 304 с.
 45. Павлов О.Г., Мартьянов Д.В. Системо-образующие факторы развития ранних послеродовых инфекций // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18, № 1. С. 23–25.
 46. Пальчик А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных/ А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. - М.:МЕДпрес-информ. - 2009.-256 с.
 47. Плацентарная недостаточность / Т.С.Быстрицкая [и др.] // Благовещенск, 2010. 136 с.
 48. Попова И.Г. Клинико-лабораторная оценка функции эндотелия при развитии перинатальных поражений ЦНС у новорожденных от матерей с гестозом/ И.Г. Попова, Т.В. Чама, Г.Н. Кузьменко, О.Г. Ситникова, СБ. Назаров// Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2010. - т. 55. №., с. 18-21.

49. Протопопова, Н.В. Современный взгляд на проблему преждевременных родов / Н.В. Протопопова, М.А. Шапошникова // Сибирский мед. журн. — 2009. — Т. 86, № 3. — С.28—33.,
50. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия/ В.Е. Радзинский- М.: издательство журнала Status Praesens. - 2011.- 688с.
51. Реанимация и интенсивная терапия: учебник/ Г.Г. Жданов, П.П. Зильбер.- М.: Академия. - 2007. - 394 с.
52. Респираторный дистресс-синдром у новорожденных детей: учебно-методическое пособие/ Л.К. Гавриков, С.И. Ергиева. - Волгоград - 2007.- 91с.
53. Рооз Р., Генцель-Боровичеши О., Прокитте Г. Неонатология. Практические рекомендации. М: Медицинская литература 2011; 123—125.
54. Сидельникова В.М. Инфекция как фактор невынашивания беременности // Гинекология. 2008. Т.10, №5. С.28–30.
55. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности: руководство для практикующих врачей. М.: МИА, 2011. 536 с.
56. Сидорова И.С. Роль фетоплацентарной недостаточности в развитии гестоза/ И.С. Сидорова, И.О. Макаров, Т.В. Шеманаева, СР. Гасанова// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2009. - т. 8. №4. С.45-49.
57. Сидорова И.С. Характер изменений маркеров ангиогенеза при гестозе/ И.С. Сидорова, И.О. Макаров, А.Н. Солоницын, Е.Н. Боровкова, О.С. Билявская// Акушерство и гинекология. - 2009. - №3. С.38-41.
58. Сидорова И.С.Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности/ И.С.Сидорова, И.О. Макаров . - М.:МИА. - 2005. -296 с.
59. Современные вопросы патогенеза и терапии невынашивания беременности / Т.Д. Старостина, Е.М. Демидова, А.С. Анкирская [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 5. — С.59—61.,
60. Стрижаков А.И. Профилактика и терапия плацентарной недостаточности и гестоза у беременных с гипертонической болезнью/ А.И. Стрижаков, И.В.

- Игнатко, Н.Е. Кушлинский, А.Д. Макацария, М.В. Рыбин, СП. Нанбандян// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2008.-т. 7. №5. С. 5-12.
61. Стрижаков А.И. Роль ангиогенных факторов роста в прогнозировании плацентарной недостаточности/ А.И. Стрижаков, Н.Е. Кушлинский, Е.В. Тимохина, Т.В. Тарабрина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2009. т.8. №4. С.5-11.
62. Стрижаков А.И. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение/ А.И. Стрижаков, Т.Ф. Тимохина, О.Р. Баев// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2003. - №2(2). С. 53-64.
63. Фаткуллин И.Ф. Кесарево сечение при недоношенной беременности/ И.Ф. Фаткуллин, И.Р. Галимова, СВ. Федотов, Ф.И. Фаткуллин, А.В. Гайнутдинова// Акушерство и гинекология. - 2009. - №3. С. 46-48.
64. Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных: пер. с нем. М.: Медицина, 2003. 423 с.
65. Хмилевская С.А., Зрячкин Н.И., Щербатюк Е.С., Реброва А.А. Факторы риска и особенности инфекционной патологии у детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела // Материалы XIV Конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики». – М., 2015. – С. 64.
66. Шалина Р.И. Тяжелый гестоз. Ближайшие результаты развития детей/ Р.И. Шалина, О.Ш. Шаряпова, Ю.В. Выхристюк, Е.Б. Херсонская, М.Х. Негматова// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2007. - т. 6. №4. С. 43-48.
67. Этюды критической медицины - Полиорганная Недостаточность (ПОД) и недостаточность (ПОН)/ А.П. Зильбер.- М.: «МЕДпрессинформ».-2006. - С.371-403.
68. Якорнова Г.В. Клинико-иммунологические критерии адаптации

доношенных новорожденных детей, родившихся от женщин с гестозом: дис.канд. мед. наук: спец. 14.00.09 - педиатрия/ Г.В. Якорнова. Уральский научно-исслед. Институт охраны материнства и младенчества. Екатеринбург.-2006.- 143 с.

69. Aarnoudse-Moens CS Meta-Analysis of Neurobehavioral Outcomes in Very Preterm and/or Very Low Birth Weight Children / Aarnoudse-Moens CS, Weisglas-Kuperus N, van Goudoever ЛЗ, Oosterlaan J. // *Pediatrics*. - 2009. - Vol.124, N2.-P. 717-728.
70. Abbot Laptook R. Admission Temperature of Low Birth Weight infants: Prediktors and Associated Morbidities // *Pediatrics*. 2007. № 1. С. 119—123.
71. Antenatal Corticosteroids Prior to 24 WEEKS «Gestation and Neonatal Outcome of Extremely Low Birth Weight Infants» / S. Abbasi, C. Oxford, J. Gerdes [et al.] // *Am. J. Perinatol.* — 2009. — Vol. 19.,
72. Brain development of preterm neonate after neonatal hydrocortisone treatment for chronic lung disease / M.J. Benders, F. Groenendaal, F. van Bel [et al.] // *Pediatr Res.* — 2009. — Vol. 66, № 5. — P.9—555.].
73. Back S. Cerebral White Matter Injury; The Changing Spectrum is Survivors of Preterm Birth/ Back S., Miller S.// *Neo-Reviews* 2007; 8: 418-424.
74. Bansil P, et al. Maternal and fetal outcomes among women with depression. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(2):329-334. doi: 10.1089/jwh.2009.1387. ,
75. Baschat A.A. Neurodevelopment following fetal growth restriction and its relationship with antepartum parameters of placental dysfunction/ Baschat A.A. // *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37:501-514.
76. Beck S. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity/ Beck S., Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, Rubens C, Menon R, Van Look PF.// *Bull World Health Organ*. 2010 Jan; 88(1):31-8. doi: 10.2471/BLT.08.062554. Epub 2009 Sep 25.
77. Bonamy A.K.. Stjernqvist K.. Serenius F. Extremely premature infants could be a new risk

- group in adult care // *Lakartidningen*. – 2010. – Vol. 107. № 42. – P. 2548-2552.
78. Chiswick M. Infants of borderline viability: ethical and clinical considerations/ Chiswick M. // *Seminars in Fetal Neonatal Medicine* - 2008.- v - 13 p. 8-15.
79. Figueras F. Neurobehavioral outcomes in preterm, growth-restricted infants with and without prenatal advanced signs of brain-sparing/ Figueras F, Cruz-Martinez R., Sanz-Cortes M., Arranz A., Ilia M., Botet F., Costas-Moragas C., Gratacos E // *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011. Sep;38(3):288-94. doi: 10.1002/uog.9041. Epub 2011 Aug 10.
80. For Europop. History of it included abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the Europop=survey / P.Y. Ancel [et al.] // *Hum/Reprod*. – 2004. – Vol. 19. – P. 740-743.
81. Gomella T.L. *Neonatology: Management, Procedures, OnCall Problems, Diseases, and Drugs*. McGraw-Hill 2009; 894.
82. Gomez O. Sequential changes in uterine artery blood flow pattern between the first and second trimesters of gestation in relation to pregnancy outcome/ Gomez O, Figueras F, Martinez JM, del Rio M, Palacio M, Eixarch E, Puerto B, Coll O, Cararach V, Vanrell *JAM Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006. Nov;28(6):802-8. Review.
83. Hay WW. Strategies for Feeding the Preterm Infant/ Hay WW // *Neonatology*. 2008; 94(4):245-54.
84. Henry Chong Lee "Low Apgar Score and Mortality in Extremely Preterm Neonates Born in the United States"/ Henry Chong Lee Mohammad Subeh, Jeffrey B. Gould // *Acta Paediatr*. 2010; 99 (12): 1785-1789.
85. Hermansen M.C. Perinatal infections and cerebral palsy/ Hermansen M.C., Hermansen M.G. // *Clin Perinatol*. 2006 Jun; 33(2):315-33.
86. Kaempf J.W. Long-term health outcomes of extremely premature infants/ Kaempf J.W., Tomlison M. // *Pediatrics*. 2007 Feb; 119 (2):410-1; author reply 411-2.
87. Lu Y.H., Wang N., Jin F. Long-term follow-up of children conceived through

- assisted reproductive technology. *J Zhejiang UnivSci B* 2013;14: 5:359—371.
88. Mori R. Predictive value of Apgar score in infants with very low birth weight// Mori R, Shiraishi J, Negishi H, Fujimura M. *Acta Paediatr.* 2008; 97: 720-30.
 89. RCOG. Guideline 10 (A). The Management of Severe Preeclampsia/Eclampsia 2010
 90. Roberts JM. Pathogenesis and genetics of pre-eclampsia/ Roberts JM, Cooper DW//*Lancet.* 2001 Jan 6; 357(9249):53-6.
 91. Sather M. Global report on preterm birth and stillbirth (5 of 7): advocacy barriers and opportunities/ Sather M, Fajon AV, Zaentz R, Rubens CE; GAPPS Review Group// *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010 Feb 23;10 Suppl 1:S5. doi: 10.1186/1471-2393-10-S1-S5. Review.
 92. Sibai BM. Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 week's gestation/ Sibai BM// *American journal of obstetrics and gynecology.* 2011.
 93. Singh J, Fanaroff J, Andrews B, et al. Resuscitation in the “gray zone” of viability: determining physician preferences and predicting infant outcomes. *Pediatrics.* 2007;120:519-526. doi: 10.1542/peds.20062966.].
 94. Socioeconomic inequalities in very preterm birth rates / L.K. Smith [et al.] // *Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal ED.* – 2007. – Vol. 92. – P. 11-14.].
 95. Steegers EA Pre-eclampsia/ Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R.// *Lancet.* 2010 Aug 21; 376(9741):631-44. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60279-6. Epub 2010 Jul 2.
 96. Tilney N.L. Sequential system failure after rupture of abdominal aortic aneurysms: an unsolved problem in postoperative care/ Tilney N.L., Bailey G.L., Morgan A.P.// *Ann. Surg.* 1973; 2(178):117-122.
 97. Van den Broek AJ. Behavioural problems at the age of eleven years in preterm-born children with or without fetal brain sparing: a prospective cohort study/ van den Broek AJ, Kok JH, Houtzager BA, Scherjon SA// *Early Hum Dev.* 2010 Jun;86(6):379-84. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.04.007.

98. Weiler J. "Is Fetal Growth Restriction Associated with a More Severe Maternal Phenotype in the Setting of Early Onset Pre-Eclampsia? A Retrospective Study"/ Weiler J, Tong S, Palmer KR// (2011) PLoS ONE 6(10): e 26937. doi: 10.1371/journal.pone.0026937.
99. Wilson-Costello D. Improved neurodevelopmental outcomes for extremely low birth weight infants in 2000-2002/ Wilson-Costello D, Friedman H, Minich N, Siner B, Taylor G, Schluchter M, Hack M. *II Pediatrics*. 2007 Jan;119(1):37-45.
100. World Health Organization. WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2011 Geneva; 201-3 8c

**Характеристика новорождённых детей в зависимости от гестационного
возраста в основной группе.**

Таблица №2.1.2

Срок гестации	Основные n=30		
	абс	%	
27-30 нед	6	20,0	29,8±0,5
31-33 нед	15	50,0	31,8±0,14
34-37 нед	9	30,0	34,5±0,33

**Структура экстрагенитальных заболеваний матерей, обследуемых
новорожденных.**

Таблица №3.1.2

Заболевание матери во время беременности	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Экстрагенитальные заболевания: ОРВИ	10	33,3	9	30,0	19	31,6
Гестоз	11	36,6*	3	10,0	14	23,3
Анемия I-III степени	24	80,0	21	70,0	45	75,0
Эндокринопатии	12	40,0	4	13,3	16	26,6
Артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь)	13	43,3*	7	23,3	20	33,3
Патологии ССС	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Патологии дыхательной системы	2	6,6	0	0	2	3,3

Гинекологические заболевания	12	40,0	7	23,3	19	31,6
Патологии мочевыделительной системы	9	30,0**	5	16,6	14	23,3
TORCH-инфекции	12	40,0*	6	20,0	18	30,0

Примечание: * - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * (P<0,01)

Примечание: ** - достоверность данных по сравнению с контрольной группой * (P<0,05)

Характеристика оценки по шкале Апгар обследуемых

Таблица №3.2.3

Показатели	I группа (n=30) 1-мин		II группа (n=30) 1-мин		I группа (n=30) 5-мин		II группа (n=30) 5-мин	
	Abs	%	abs	%	Abs	%	Abs	%
0-3 балл	3	10,0	0	0	1	3,3	0	0
4-6 балл	8	26,6	2	6,6	6	20,0	0	0
7-10 балл	19	63,3	28	93,3	23	76,6	30	100

Первоначальный убыль массы тела в периоде адаптации, родившихся от матерей с невынашиванием.

Таблица №3.2.10

Убыль массы тела по % от ВПР	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	abs	%	Abs	%	abs	%
до 5%	4	13,3	8	26,6	12	20
5-10%	16	53,3	10	33,3	26	43,3
выше 10%	10	33,3	2	6,6	12	20