

**ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ У ДОНОШЕННЫХ
НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

Вычигжанина Н. В., Щерба М.Т., Шамсутдинова С.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Под наблюдением находились 36 доношенных новорожденных детей родившихся в асфиксии и получавших лечение в отделении реанимации новорожденных детей клинического родильного дома Национального центра охраны материнства и детства. Доказано, что некоторые факторы риска со стороны матери приводят к развитию асфиксии у доношенных новорожденных детей.

Ключевые слова: факторы риска, доношенные новорожденные дети, асфиксия, гипоксия, церебральная ишемия.

**ӨЗ УБАГЫНДА ТӨРӨЛГӨН БАЛДАРДЫ АСФИКСИЯГА АЛЫП КЕЛҮҮЧҮ
КӨРКУНУЧТУУ ФАКТОРЛОРДУ ИЗИЛДӨӨ**

Вычигжанина Н. В., Щерба М.Т., Шамсутдинова С.Р.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргызская Республика

Корутунду. Байкоодо Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун клиникалык төрөт үйүндөгү кайра жандакдыруу бөлүмүндө асфиксия менен дарынланган 36 ымыркай болгон. Анда эне тараптан кээ бир коркунучтуу факторлор жаны төрөлгөн балдарды асфиксияга алып келе тургандыгы далилденген.

Негизги сөздөр: коркунучтуу факторлор, жаңы төрөлгөн балдар, асфиксия, гипоксия.

THE STUDY OF RISK FACTORS FOR ASPHYXIA IN FULL TERM NEWBORNS

Vychigzhanina N.V., Shcherba M.T., Shamsutdinova S.R.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. 36 infants were born in asphyxia and receive treatment in the newborns resuscitation unit of maternity hospital of the national centre of welfare of motherhood and childhood were under supervision. It is proved that some of the risk factors of the mother lead to the development of asphyxia in full term newborns.

Key words: risk factors, newborn, asphyxia, hypoxia, cerebral ischemia.

В течении внутриутробного развития происходит сложный процесс развития будущего ребенка, в связи с чем проблемы женского здоровья в различные сроки гестации, а также состояние развивающегося плода и новорожденного занимают одно из ведущих мест в современном здравоохранении [1, 2]. Наиболее частой причиной заболеваемости и смертности детей являются разнообразные гипоксические и ишемические поражения перинатального периода [3,5,6]. Этому способствуют формирование акушерской патологии (невынашивание, гестозы, анемия и др.), обострение хронических и/или манифестации латентных заболеваний (патология сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем, сахарный диабет, нарушение функции надпочечников, щитовидной железы и др.). Риск перинатальной патологии возрастает при формировании осложнений беременности и родов [9,12].

Снижение перинатальной заболеваемости и смертности остается важной медико-социальной проблемой, зависит от достижений современной перинатологии, позволяющих значительно снизить частоту патологических состояний плода и потерь новорожденных. Современные представления о влиянии отдельных факторов риска на материнское здоровье, качественная оценка уровня здоровья детей создали предпосылки для обоснования научно-методических подходов к прогнозированию возможности развития асфиксии [1, 2].

Целью настоящего исследования было изучение

факторов риска развития асфиксии у доношенных новорожденных детей.

Материалы и методы.

Нами обследованы 36 доношенных новорожденных детей, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных родильного дома Национального центра охраны материнства и детства г. Бишкек в 2014 г. Контрольная группа состояла из 30 доношенных детей, родившихся без признаков асфиксии и имевших оценку по шкале Апгар 7-9 баллов.

При анализе анамнеза матерей обращало на себя внимание, что у большинства женщин имелись факторы, приводящих к развитию хронической внутриутробной гипоксии. Состояние при рождении у 55,9% детей было расценено как крайне тяжелое, а у 44,1% - как тяжелое. Тяжесть состояния определялась степенью асфиксии, гемодинамических нарушений и неврологической симптоматики. Все 55,9% детей были оценены по шкале Апгар на 1-ой минуте на 0-3 балла. Сразу после родов были проведены реанимационные мероприятия, согласно протоколу Минздрава. Все дети были переведены на реанимационное отделение в первый час жизни. Диагноз был поставлен на основании совокупности клинических симптомов, оценки по шкале Апгар на 1, 5 и 10 минутах. Основной патологией был синдром угнетения.

Результаты исследования и их обсуждение.

На основании проведенного анализа было выявлено, что вероятность возникновения асфиксии у доношенных

новорожденных детей увеличивалась в наибольшей степени при наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии, отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, осложнений течения беременности и исхода. Значительное влияние оказывала организация и качество медицинской помощи: нерегулярное наблюдение врачами в женской консультации (ЖК), поздний срок взятия на учет в ЖК, низкое качество медицинской помощи в ЖК, а затем в родильном доме, неквалифицированное ведение родов.

На основании проведенного исследования установлено, что только 11,7% беременных были практически здоровы, 41% имели различные экстрагенитальные заболевания, акушерский анамнез был отягощен медицинскими абортными у 84,5%, невынашиванием – у 14% женщин. При анализе всех случаев родов, закончившихся перинатальной смертностью, с учетом их приоритета, самый низкий показатель оказался при вторых родах (16,8%), при первых несколько выше (27,2%), при третьих родах данный показатель значительно возрастал (38 %). Течение настоящей беременности у 35 % осложнилось гестозами, у 53% сопровождалось развитием плацентарной недостаточности, у 48% женщин имела место железодефицитная анемия различной степени выраженности (табл. 1).

Анализируя значимость каждого из факторов мы пришли к выводу, что даже при наличии хотя бы одного из

них, женщина должна быть отнесена к категории высокого риска по развитию асфиксии у ее ребенка. Важность определения данных факторов и прогнозирования развития асфиксии, обусловлена высоким процентом осложнений течения неонатального периода у данного контингента новорожденных детей.

При изучении причин развития асфиксии у доношенных новорожденных детей была выявлена тесная корреляционная зависимость от перенесенных вирусных ($r = 0,94$), гинекологических заболеваний ($r = 0,92$), осложнений беременности ($r = 0,96$), патологии родового акта ($r = 0,97$).

Таким образом, из нашего исследования могут быть сделаны следующие выводы:

1. Наиболее значимыми факторами риска являлись акушерский анамнез (число родов, абортов, паритет, неблагоприятный исход предыдущей беременности), состояние репродуктивного здоровья в прошлом.

2. Распределение женщин по разным категориям в зависимости от наличия факторов риска позволит определить соответствующие лечебные и профилактические действия. Применение разработанного алгоритма позволит определить группы риска по возникновению асфиксии у доношенных новорожденных детей.

Таблица 1.
Факторы риска возникновения перинатальной патологии

Факторы риска	Частота фактора (%) по группам		P
	Основная	Контроль	
1. Социально-бытовые	26,5	12,2	<0,01
2. Перинатальные			
Наличие осложнений настоящей беременности:			
- гестоз (преэклампсия, эклампсия)	35,0	15,5	<0,001
- многоводие	11,2	1,0	<0,001
- состояние угрожающего выкидыша	43,1	15,2	<0,001
- отягощенный акушерский анамнез	67,2	5,1	<0,001
- предшествующее бесплодие	24,2	6,4	<0,001
- наличие гинекологической патологии у матери до наступления настоящей беременности	31,7	7,2	<0,001
- сопутствующая экстрагенитальная патология	14,3	3,0	<0,01
3. Характер настоящих родов:			
- самостоятельные	62,2	7,1	<0,001
- слабость родовой деятельности	22,4	7,8	<0,001
- кесарево сечение	11,2	2,0	<0,001
4. Медицинское обеспечение женщины во время беременности в женской консультации			
- проводилось	13,3	43,1	<0,001
- не проводилось	31,4	6,9	<0,001

Таблица 2.
Показатели перинатальной патологии в зависимости от некоторых социальных параметров

Демографические показатели	Асфиксия
Возраст матери при рождении ребенка:	
< 20 лет	45,0 %
20-29 лет	24,3 %
Старше 30-ти лет	32,6 %
Паритет родов:	
1	27,2 %
2	16,8%
3	38%
4 и более	42%
Продолжительность межродового интервала:	
< 2 лет	27,4 %
2-3 года	14,6%
4 года и более	43,1 %
Пол ребенка:	
Мужской	28,6 %
Женский	19,3 %

Литература:

1. Аржанова О. Н., Капустин Р. В., Комаров Е. К. и др. Патогенетические механизмы развития акушерских осложнений при гестационном сахарном диабете // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. № 5. С. 3–10.
2. Володин Н. Н. Перинатальная медицина: проблемы, пути и условия их решения // Педиатрия. 2004. № 5. С. 18–23.
3. Гурьев Д. Л., Охаткин М. Б., Карпов Н. Ю., Блинов Д. В. Течение и исходы беременности, осложненной преэклампсией, в зависимости от типа центральной материнской гемодинамики // Акушерство и гинекология. 2011. № 7–2. С. 14–19.
4. Иванов Д. О., Шабалов Н. П., Петренко Ю. В. Гипогликемия новорожденных // Акушерство и гинекология. 2014. № 5. С. 19–26.
5. Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Петрухин В. А. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы // Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 4–8.
6. Кулаков В.И., Серов В.Н.Руководство по безопасному материнству. –М.: «Триада-Х», 2000, –530 с.
7. Кулаков В. И., Барашнев Ю. И. Новорожденные высокого риска М.: ГЭОТАР-Медиа. 2006. 528 с.
8. Медведев М. И., Дегтярева М. Г., Горбунов А. В. и др. Последствия перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у доношенных новорожденных: диагностика и принципы восстановительного лечения // Педиатрия. 2011. Т. 90, № 1. С. 66–70.
9. Савельева Г. М., Шалина Р. И., Сичинава Л. Г. и др. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 656 с.
10. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Макаров Е.Е. Перинатальный центр в системе оказания акушерской и неонатальной смертности //Материалы 4 Российского Форума «Мать и Дитя». М., 2002, с.123–125.
11. Шабалова Н.П., Цвелева Ю.В. Основы перинатологии // МЕДпресс-информ, Москва, 2002.
12. Jain L., Dudell G. Respiratory transition in infants delivered by cesarean section // Seminars in perinatology. 2006. Vol. 30, № 5. P. 296–304.