

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Сирожидинова Хиромон Нуридиновна

Доцент кафедры 1-педиатрии и неонатологии СамДТУ

Нуридинова Сурайё Суннатиллаевна

Резидент магистратуры кафедры

1-педиатрии и неонатологии СамДТУ

**Аннотация.** В работе представлены результаты изучения анамнестических, клинических, общепринятых лабораторных, параклинических данных наблюдения за 80 новорожденными с гемолитической болезнью средней и тяжелой степени тяжести, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных и отделении неонатальной реанимации Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра г. Самарканда в период с 2023 по 2025 годы.

**Ключевые слова:** новорожденные, церебральная ишемия, гемолитическая болезнь новорожденных.

**Актуальность проблемы.** Одной из наиболее актуальных и социально значимых проблем перинатального периода является проблема внутриутробных нарушений развития плода и постнатальных нарушений развития новорожденного, обусловленных иммунопатологическими процессами во время беременности. По данным различных научных источников, частота гемолитических заболеваний у новорожденных в разных странах колеблется от 0,1 до 2,5% и составляет 2-7% от всей детской смертности в перинатальном периоде [1,3,5]. При этом тяжелые формы гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБПН) чаще встречаются у женщин, перенесших ревакцинацию, осложненную страхом выкидыша или преэкламсией (ПЭ) [6,8,13]. Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) - это изоиммунная

гемолитическая анемия, вызванная несовместимостью крови матери и плода по антигенам эритроцитов (АГ), при которых АГ локализуется на мемbrane эритроцитах плода, а антитела (АТ) против него вырабатываются у матери [2,4,7].

По данным Всемирной организации здравоохранения, частота встречаемости гемолитической болезни составляет у 0,5% новорожденных, а смертность составляет 0,3 на 1000 живорожденных. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБПН) поражает 3-80 пациентов на 100 000 в год [12,14,15]. Антитела материнской группы крови разрушают эритроциты плода и в некоторых случаях вызывают угнетение костного мозга. Этот процесс приводит к анемии плода и, в тяжелых случаях, к отекам, асциту, сердечной недостаточности и даже смерти. [9,10,11]

#### **Материалы и методы исследования.**

В работе представлены результаты изучения анамнестических, клинических, общепринятых лабораторных, параклинических данных наблюдения за 80 новорожденными с гемолитической болезнью средней и тяжелой степени тяжести, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных и отделении неонатальной реанимации Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра г. Самарканда в период с 2023 по 2025 годы (главный врач - профессор М. К. Азизов), являющихся клинической базой кафедры №1 педиатрии и неонатологии СамГосМУ (ректор - профессор Ж.А. Ризаев).

I группу обследуемых составили 40 новорожденных детей со средней степенью тяжести гемолитической болезни.

II группу составили 40 новорожденных детей с тяжелой степенью тяжести гемолитической болезни.

Для оценки эффективности диагностического коэффициента в III группу вошли новорожденные I и II группы.

Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных. Всего обследованных составило 110 новорожденных.

Критерии отбора новорожденных I и II группы: срок гестации более 38 недель; вес при рождении более 2900 г; наличие клинических и лабораторных признаков гемолитической болезни новорожденных согласно МКБ 10.

Критерии исключения из I и II группы: отказ родителей от включения в исследование; масса тела ребенка при рождении менее 2900 г; пороки развития.

Критерии включения в контрольную группу: доношенные здоровые новорожденные, оценка по шкале Апгар на 5-й минуте 8 - 10 баллов; отсутствие перинатальной патологии.

**Результаты и их обсуждения.** Исследуемые группы не имели статистически значимых различий по гестационному возрасту и полу при рождении. Диагноз у всех доношенных новорожденных из групп исследований был подтвержден анамнезом, клинически и лабораторно.

Всем новорожденным детям после поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии и патологии новорожденных в дальнейшем проводилось обследование.

При анализе родов выявлено, что все новорожденные с гемолитической болезнью родились доношенными с гестационным возрастом 38 - 42 недель, масса тела при рождении составляла от 2900-4000 грамм.

По полученным нами данным было установлено, что при синдроме угнетения недостаточная активность новорождённого наблюдалась у 19 (46,0%) в I группе, у 18 (43,5%) во II группе, снижение тонуса мышц у 12 (28,5%), 15 (36%) детей; сонливость зарегистрирована у 16 (38,5%), 27 (66,0%) новорожденных; по синдрому возбуждения: тревожность и возбуждение наблюдались у 9 (21,0%) новорожденных I группы, у 17 (41,0%) новорожденных II группы число таких детей составило 26 (58,0%), дрожание подбородка зарегистрировано у 23 (56,0) в I, II, трепет конечностей наблюдался у 15 (36,0%), 21 (51,0%) новорожденных, нарушение рефлексов было установлено у 8 (18,5%),

15 (36,0%), непроизвольное подергивание мышц наблюдалось у 6 (13,5%), 7 (16,0%) и респондентов. По синдрому внутричерепной гипертензии выявлено, что гипервозбудимость имело место у 14 (33,5%), 19 (47,5%) новорожденных, также были выявлены выбухание и уплотнение родничка у 5 (12,5%), 13 (32,5%) и детей, частые срыгивания и рвота наблюдались у 13 (32,5%), 15 (37,5%) и детей, избыточный рост окружности головы наблюдались у меньшинства новорожденных: у 4 (10,0%) в I и II группе; отмечено нарушение мышечного тонуса: гипотонус у 8 (18,5%), 11 (27,5%) и гипертонус у 10 (25,0%), 14 (35,0%), также были выявлены нарушения глазодвигательной системы: горизонтальный нистагм был у 9 (21,0%), 12 (30,0%) детей, вертикальный нистагм у 8 (20,0%), 11 (32,5%) новорожденных, симптом Грефе у 5 (12,5%), 10 (25,0%) детей, сходящиеся косоглазие отмечено у 4 (10,0%), 10 (25,0%) детей соответственно.

Из выше представленных данных можно сделать вывод, что чем тяжелее степень поражения ЦНС новорожденных с гемолитической болезнью, тем выше вероятность частоты встречаемости симптомов, приводящих к тяжёлым синдромам.

По нашим исследованиям, в структуре клинических симптомов во всех группах новорожденных с церебральной ишемией при гемолитической болезни, отмечалось внезапное ухудшение общего состояния ребенка с развитием угнетения нервной системы в синдром гипервозбудимости.

Ниже приведены данные основных количественных показателей нейросонографического исследования ЦНС у новорожденных с гемолитической болезнью. Отмечается наличие изменений, характерных для перинатального поражения головного мозга по всем изученным параметрам (таблица 1.)

Таблица 1.

Характеристика количественных показателей нейросонографического исследования новорожденных с поражением ЦНС

	Результаты нейросонографии	I группа (n=40)	II группа (n=40)
	Патологические изменения	34-85%	40-100%
	Отечность мозговой ткани	9-22%	24-60%
	Усиление эхогенности пери- вентрикулярных зон	10-25%	21- 52%
	Перивентрикулярная лейкомалляция (ПВЛ)	6- 15%	13- 33%
	Усиление пульсации сосудов	18-45%	-
	Асимметрия желудочков	3-7,5%	5- 16%
	ИПВК I ст. (СЭК)	10-25%	9-24%
	ИПВК II ст.	8- 21%	3-7%
	ИПВК III ст.	2-7%	6- 14%
0	ИПВК IV ст.	1-3%	2-5%
1	Паренхиматозное кровоизлияние	2- 5%	-
2	Патологии не выявлено	6- 15%	-

Было установлено увеличение размеров третьего и четвертого желудочков, субарахноидального пространства, прозрачной перегородки, расширение ликворных путей, отмечена пульсация мозговых сосудов, в I группе до  $4,7 \pm 0,2$ ,  $5,2 \pm 0,3$ ,  $3,9 \pm 0,3$ ,  $4,7 \pm 0,1$ ,  $0,3 \pm 0,2$ ,  $0,1 \pm 0,3$ ,  $3,3 \pm 2,3$ ,  $6,4 \pm 6,5$ ,  $4,1 \pm 2,3$ ,  $3,1 \pm 4,2$ ,

3,2±3,1 и 4,1±3,5 и во II группе до 5,9±0,4, 6,1±0,5, 9±0,4 мл, 3,2±0,2, 0,1±0,2, 0,2±0,1, 2,5 ±3,1, 5,8 ±6,0, 4,6 ±2,1, 3,4±4,1, 3,1 ±2,8, 3,9 ±3,1 и 4,5±3,2.

**Заключения.** Таким образом, вышеуказанные данные клинических синдромов и симптомов, а также показатели инструментальных исследований доказывают, что у новорожденных с церебральной ишемией при гемолитической болезни в дальнейшем могут сказываться на здоровье ребёнка, а при условии поздней диагностики может протекать с осложнениями и длительным течением заболевания.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонов А.Г., Дегтярев Д.Н., Нароган М.В., Карпова А.Л., Сенькевич О.А., Сафаров А.А., Сон Е.Д. , Малютина Л.В. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного // Клинические рекомендации Том 6, № 2 2018. стр. 131-132.
2. Асанбекова Ж. А. и др. Факторы риска развития внутриутробной инфекции у новорожденных // Вестник КГМА им. ИК Ахунбаева. – 2018. – №. 1. – С. 132-136.
3. Лагутина С.Н., Чижков П.А., Калашникова А.П., Новосельцева Т.Д., Гаврилов С.Н. Несовместимость по антигену-келл как одна из главных причин развития гемолитической болезни новорожденных// (Молодежный инновационный вестник 2018).
4. Савельева Г. М., Адамян Л. В., Курцер М. А., Сичинава Л. Г., Панина О. Б., Коноплянников А. Г., Тетруашвили Н. К., Михайлов А. В., Филиппов О. С. Резус-сенсибилизация. Гемолитическая болезнь плода: Клинические рекомендации (Протокол). — Письмо МЗ РФ от 18.05.2017 №15 - 4/10/2-3300.

5. Сирожиддинова Х.Н. Роль матерей в развитии перинатальной патологии и в формировании группы часто болеющих детей. Наука и мир Международный научный журнал 2015. - № 1 (17), Т 2. - С. 104-106.
6. Сирожиддинова Х.Н., Абдуллева М.Н. Клиническая значимость иммуномодулирующей терапии заболеваний органов дыхания у часто болеющих детей. MEDICUS Международный медицинский научный журнал, Волгоград, 2016, № 1 (7) С. 90-92.
7. Соколова А.А. и др. Неврологические проявления у новорожденных с ППЧНС гипоксически-ишемического генеза //Научный медицинский вестник Югры. – 2018. – №. 2. – С. 20-21.
8. Стрижаков А.Н., Попова Н.Г., Игнатко И.В. Эхографические и допплерометрические прогностические маркеры поражения центральной нервной системы недоношенных новорожденных //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2018. – Т. 17. – №. 5. – С. 56-62.
9. Усманова М.Ф., Сирожиддинова Х.Н. Сложные проблемы диагностики гемолитической болезни новорожденных детей // Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 14.04.2022. том 4(3)., стр 8-14.
10. Усманова М.Ф., Сирожиддинова Х.Н. Современные подходы к определению гемолитической болезни новорожденных // Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 02.05.2022. том 2(4)., стр 15
11. Тетрауашвили Н. К., Милушева А. К., Агаджанова А. А. Проведение профилактики резус-иммунизации у женщин после хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности // Медицинский совет. 2018. №7. С. 84-86.
12. Ibatova Sh. M., Abdurasulov F.P., Mamutova E.S. Some aspects of diagnostics of out-of-social pneumonia in children indications for hospitalization. EPRA International Journal of Research and Development (IJRD) Volume: 6 | Issue: 4 | April 2021. P. 242-244.
13. Tukhtaeva M.M., Usmanova M.F., Omonova G.Z., Ochilova B.S.

Psychomotor changes in hypoxic lesions of the central nervous system in newborns // Eurasian journal of academic research. Volume 1 Issue 9, December 2021 ISSN 2181-2020. On page 271-275.

14. Usmanova M.F. Sirojiddinova X.N. Actual problems of diagnosis of hemolytic disease in newborns // European International Journal of Multidisciplinary Research and Management Studies. 30.04.2022. Vol. 2 (4) on Page 282-289.

15. Usmanova M.F. Sirojiddinova X.N. Modern approaches to the detection of hemolytic disease in newborns // European International Journal of Multidisciplinary Research and Management Studies. 30.04.2022. Vol. 2 (4) on Page 274-281.