



**JOURNAL OF ADVANCED
SCIENTIFIC RESEARCH**

ISSN: 0976-9595

Editorial Team

Editorial Board Members

Dr. Hazim Jabbar Shah Ali

Country: University of Baghdad , Abu-Ghraib , Iraq.

Specialization: Avian Physiology and Reproduction.

Dr. Khalid Nabih Zaki Rashed

Country: Dokki, Egypt.

Specialization: Pharmaceutical and Drug Industries.

Dr. Manzoor Khan Afridi

Country: Islamabad, Pakistan.

Specialization: Politics and International Relations.

Seyyed Mahdi Javazadeh

Country: Mashhad Iran.

Specialization: Agricultural Sciences.

Dr. Turapova Nargiza Ahmedovna

Country: Uzbekistan, Tashkent State University of Oriental Studies

Specialization: Art and Humanities, Education

Dr. Muataz A. Majeed

Country: INDIA

Specialization: Atomic Physics.

Dr Zakaria Fouad Fawzy Hassan

Country: Egypt

Specialization: Agriculture and Biological

Dr. Subha Ganguly

Country: India

Specialization: Microbiology and Veterinary Sciences.

Dr. KANDURI VENKATA LAKSHMI NARASIMHACHARYULU

Country: India.

Specialization: Mathematics.

Dr. Mohammad Ebrahim

Country: Iran

Specialization: Structural Engineering

Dr. Malihe Moeini

Country: IRAN

Specialization: Oral and Maxillofacial Radiology

Dr. I. Anand shaker

Country: India.

Specialization: Clinical Biochemistry

Dr. Magdy Shayboub

Country: Taif University, Egypt

Specialization: Artificial Intelligence

Kozikhodjayev Jumakhodja Hamdamkhodjayevich

Country: Uzbekistan

Senior Lecturer, Namangan State University

Dr. Ramachandran Guruprasad

Country: National Aerospace Laboratories, Bangalore, India.

Specialization: Library and Information Science.

Dr. Alaa Kareem Niamah

Country: Iraq.

Specialization: Biotechnology and Microbiology.

Dr. Abdul Aziz

Country: Pakistan

Specialization: General Pharmacology and Applied Pharmacology.

Dr. Khalmurzaeva Nadira - Ph.D., Associate professor, Head of the Department of Japanese Philology, Tashkent State University of Oriental Studies

Dr. Mirzakhmedova Hulkar - Ph.D., Associate professor, Head of the Department of Iranian-Afghan Philology, Tashkent State University of Oriental Studies

Dr. Dilip Kumar Behara

Country: India

Specialization: Chemical Engineering, Nanotechnology, Material Science and Solar Energy.

Dr. Neda Nozari

Country: Iran

Specialization: Obesity, Gastrointestinal Diseases.

Bazarov Furkhat Odilovich

Country: Uzbekistan

Tashkent institute of finance

Shavkatjon Joraboyev Tursunqulovich

Country: Uzbekistan

Namangan State University

C/O Advanced Scientific Research,
8/21 Thamocharan Street,
Arisipalayam, Salem

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ

Сирожиддинова Хиромон Нуриддиновна

Самаркандский Государственный медицинский университет

Доцент кафедры (PhD) 1-педиатрии и неонатологии

Омонова Гузал Зарифовна

Самаркандский Государственный медицинский университет

Резидент магистратуры кафедры 1-педиатрии и неонатологии

Аннотация. В статье представлены результаты изучения анамнестических, клинических и инструментально-лабораторных данных наблюдения за 80 новорожденными с внутриутробным инфицированием и 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 2021 по 2023 годы.

Ключевые слова: гемолитическая болезнь новорожденных, внутриутробная инфекция, клинические симптомы.

Актуальность проблемы. В настоящее время гемолитическая болезнь новорожденных становится все более актуальной проблемой. Она обусловлена рядом факторов, в том числе связанных с антигенной структурой организмов матери и плода. Несовместимость с определенными классами антигенов приводит к развитию различных форм гемолитической болезни, в том числе несовместимых с жизнью. Примерно у 1-1,5% Rh-отрицательных женщин гемолитическая болезнь развивается в первую беременность и у 10% - в постнатальном периоде, а у 10% - осложняется сенсibilизацией эритроцитов после рождения [1,4,3,6]. Чаще всего (95%) это заболевание ассоциируется с

макаками-резусами и реже - с системой АВ0. Резус-фактор может быть четко обнаружен у плода на 10-14 неделе развития.

Антигены плода могут попадать в материнский кровоток с первого триместра беременности (у 6-7% беременных женщин). Эритроциты плода обнаруживаются у 15,9% беременных женщин во втором триместре и у 28,9% беременных женщин в третьем триместре [2,10,11,13]. Проблема резус – несовместимых беременностей и гемолитической болезни новорожденных имеет и социальное измерение. Например, у 87-92% резус-отрицательных женщин, не получивших своевременной иммунопрофилактики после первой беременности, последующие беременности привели к потере ребенка и психологической травме для обоих родителей [9,14,15].

В последнее десятилетие наблюдается увеличение частоты внутриутробных инфекций и возрастание их роли в генезе перинатальных поражений центральной нервной системы. Инфекция и системный воспалительный ответ плода у новорожденного ассоциируется с высокой частотой развития внутрижелудочковых кровоизлияний и отдаленных последствий с формированием детского церебрального паралича и отставанием в физическом развитии [5,7,8,12].

Цель исследования: определить факторы риска развития гемолитической болезни новорожденных с внутриутробным инфицированием.

Материалы и методы исследования. Изучены анамнестические, клинические и инструментально-лабораторные данные, наблюдения за 80 новорожденными с внутриутробным инфицированием и 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 2021 по 2023 годы (главный врач - профессор М. К. Азизов), являющихся клинической базой кафедры 1№ педиатрии и неонатологии СамГМУ (ректор - профессор Ж.А. Ризаев).

I группу обследуемых составили 40 новорожденных с внутриутробным инфицированием и гемолитической болезнью средней степени тяжести.

II группу составили 40 новорожденных с внутриутробным инфицированием и гемолитической болезнью тяжелой степени тяжести.

Для оценки эффективности диагностического коэффициента в III группу вошли 40 новорожденных I и II группы с внутриутробным инфицированием и гемолитической болезнью средней и тяжелой степени тяжести. Контрольную группу составили 30 здоровых новорожденных. Всего обследованных составило 110 новорожденных.

Результаты исследования и их обсуждение. Для определения частоты ante- и интранатальных факторов риска, нами проведен анализ приводящих к возникновению поражения ЦНС у новорожденных с гемолитической болезнью обеих групп.

Изучено состояние здоровья матерей и новорожденных основной и контрольной групп. Акушерско-гинекологический анамнез у матерей детей сравниваемых групп представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Гинекологический анамнез у матерей исследуемых групп

Показатель	I группа (n=40)		II группа (n=40)		Контрольная группа (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мертворождаемость	4	8,5	6	15,0	1	3,3
Выкидыши	2	5,0	3	7,5	2	4,3
Аборты	10	25,0	11	27,5	1	3,3
Угроза прерывания беременности	17	41,0	19	46,0	5	16,7
Индукцированная беременность	4	10,0	8	20,0	2	6,7
Многоплодная беременность	2	5,0	4	10,0	1	3,3
Тяжелые токсикозы	10	25,0	14	35,0	3	7,7
Гипоксия плода	18	45,0	33	82,5	2	6,7
Стресс во время беременности	20	50	30	75	8	26,7

Акушерско-гинекологические анамнестические факторы риска женщин, такие как аборты (25,0% и 27,5%), угрозы прерывания беременности (41,0% и

46%; $p < 0,05$), тяжелые токсикозы (25,0% и 35%) и тяжелый стресс во время беременности (50% и 75%), гипоксия плода (45,0% и 82,5%) в I и II группах встречаются чаще, чем в контрольной группе. Частота мертворождаемости (8,5 и 15,0% соответственно), выкидышей (5% и 7,5% соответственно), индуцированной (10% и 20,0% соответственно) и многоплодной беременности (5% и 10,0% соответственно) также преобладает в I и II группах, чем в контрольной (рис.1).

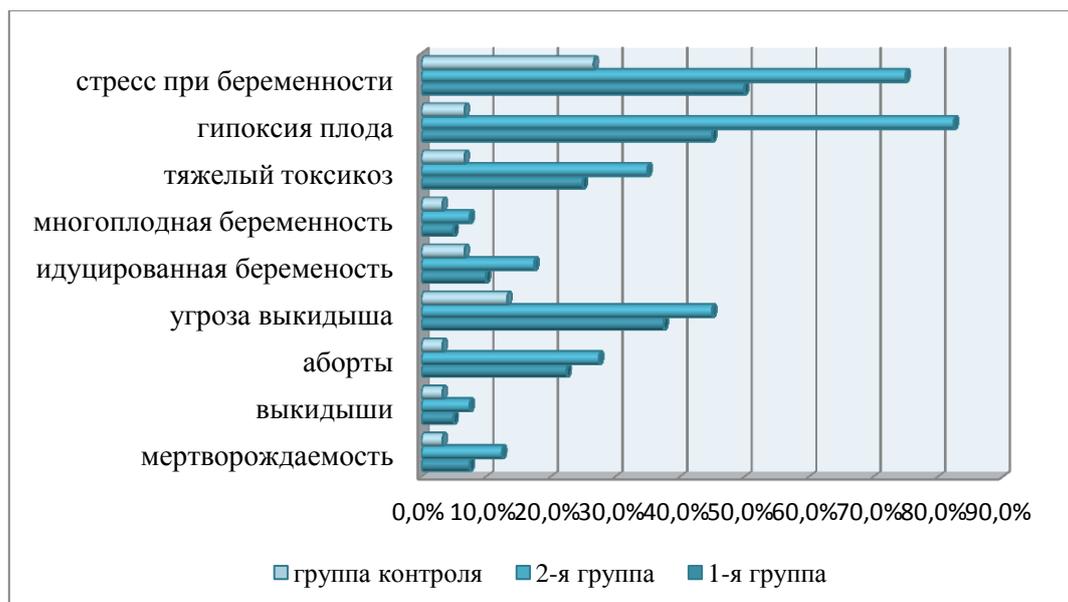


Рисунок 1. Гинекологический анамнез у матерей исследуемых групп

У всех матерей обследуемых новорожденных была исследована кровь на несовместимость группы и резус фактора. В первой группе новорожденных несовместимость по группам крови составило 29 (72,5%), по резус фактору 11 (27,5%), во второй группе несовместимость по группам составило 27 (67,5%), по резус фактору 8 (20%) и в комбинации по группам и резус фактору 5 (12,5%). Клиническое течение и тяжесть заболевания непосредственно было связано с данным состоянием, которые изображены на рисунках 2. и 3.



Рисунок 2. Несовместимость группы крови, резус фактора матери и ребенка первой группы



Рисунок 3. Несовместимость группы крови, резус фактора матери и ребенка второй группы

Исследование показали, (рис. 4.) что в первой группе наблюдаемых больных преобладала желтушная форма ГБН, которая составила 23 (57,5%), анемическая 3 (7,5%), смешанная 14 (35%), во второй группе желтушная – 21 (52,5%), анемическая 4 (10%), смешанная 15 (37,5%).



Рисунок 4. Соотношение клинических форм ГБН в 1-й и 2-й группы

Основные жалобы обследованных больных со слов матери или мед.персонала были на беспокойство, плаксивость, отказ от груди, вздутие живота, желтушность кожных покровов и слизистых оболочек, понижение глотательных и сосательных рефлексов, увеличение печени и селезенки. Биохимический анализ крови новорожденных показывает что, количество общего билирубина варьирует от 168 до 503, в среднем 232мкмоль/л, непрямой билирубин – 361, 113, 160 мкмоль/л, прямой билирубин – 155, 32, 55 мкмоль/л, гемоглобин – 130, 50, 76 г/л, кальций – 3, 1,6, 2,4, г, глюкоза – 9,8, 1,2, 1,6 г/л.

При оценке медико-биологических факторов риска мы получили данные, представленные в таблице 2.

Таблица 2.

Медико-биологические факторы риска в сравниваемых группах

Фактор	I группа (n=40)		II группа (n=40)		Контрольная группа (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Наследственные заболевания в семье	4	10	4	10	-	-
Анемия (среднетяжелая форма)	33	82,5	37	92,5	12	40
Анемия (тяжелая форма)	2	5	2	5	1	3,3
Ожирение	5	12,5	8	20	2	6,7
Хронические очаги инфекции	26	65	23	57,5	10	33,3
Обострения хронических заболеваний	14	35	10	25	2	6,7

Острые бактериальные инфекционные заболевания	5	12,5	10	25	2	6,7
Острые инфекции верхних дыхательных путей	11	27,5	10	25	1	3,3
Урогенитальная инфекция	7	17,5	10	25	2	6,7
Гинекологическая инфекция	4	10,0	5	12,5	-	-

В структуре медико-биологических факторов в период вынашивания ребенка в I и II группах часто наблюдалась анемия средней степени тяжести (82,5% и 92,5%), наличие очагов хронической инфекции (65% и 57,5%), острые инфекции верхних дыхательных путей (27,5% и 25%), ожирение (15% и 20%), обострение хронических заболеваний (35% и 25% соответственно) по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы рожениц. Данные показатели внутри основной группы между I и II группами мало отличались друг от друга. Такие признаки как наследственные заболевания в семье, гинекологическая инфекция не имели место в контрольной группе, а в основных группах встречались в 7,5% и 10% соответственно.

Неблагоприятные осложнения процесса родов у родильниц обеих групп приведено в таблице 3.

Чаще, чем в группе контроля отмечены такие осложнения родов как слабая родовая деятельность (32,5% и 37,5%), хроническая гипоксия плода (50% и 52,5%) и быстрые роды (17,5% и 22,5%). Также часто имели место затяжные роды (10% и 12,5%), длительный безводный промежуток (20% и 15%), обвитие пуповины (30% и 27,5%), стимулированные роды (40% и 30%), а также кесарево сечение (55% и 60%), которые чаще встречались в I и II группах рожениц, но не имели значимой разницы по сравнению с показателями в контрольной группе.

Таблица 3.

Структура интранатальных осложнений

Фактор	I группа (n=40)		II группа (n=40)		Контрольная группа (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%

Стремительные роды	7	17,5	9	22,5	1	3,3
Затяжные роды	4	10	5	12,5	1	3,3
Слабая родовая деятельность	13	32,5	15	37,5	3	10
Хроническая гипоксия плода	20	50	21	52,5	4	13,3
Длительный безводный промежуток	8	20	6	15	5	16,7
Обвитие пуповины	12	30	11	27,5	5	16,7
Стимуляция родовой деятельности	16	40	12	30	6	20
Кесарево сечение	22	55	24	60	14	46,7

Выводы. Анализируя полученные данные можно сказать, что наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, влияет на центральную нервную систему новорожденного и в последствии у них может развиваться различные изменения в головном мозге. Исследования показали, что значимыми факторами риска развития перинатального поражения ЦНС при гемолитической болезни новорожденных с внутриутробным инфицированием являются: аборт, угроза прерывания беременности, хронический аднексит, быстрые роды. Особое значение имело наличие среднетяжелой анемии беременных, что являлось фактором хронической гипоксии плода, а затем повлияло на развитие более тяжелого течения перинатальной энцефалопатии новорожденных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонов А.Г., Дегтярев Д.Н., Нароган М.В., Карпова А.Л., Сенькевич О.А., Сафаров А.А., Сон Е.Д., Малютин 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., Тетрашвили Н. К., Михайлов А. В., Филиппов О. С. Резус-сенсбилизация. 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 ппцнс гипоксически-ишемического генеза //Научный медицинский вестник Югры. – 2018. – №. 2. – С. 20-21.

8. Стрижаков А.Н., Попова Н.Г., Игнатко И.В. Эхографические и доплерометрические 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. Тетрашвили 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.