

YENİDOĞULANLARDA NEKROTİK ENTEROKOLİT ZAMANI PERİNATAL RİSK FAKTORLARININ ROLU

Nəsirova S.R.

K.Y.Fərəcova adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu

İşin məqsədi yenidoğulanlarda nekrotik enterokolitin inkişafında perinatal risk faktorlarının əhəmiyyətini müəyyən etməkdən ibarətdir. ET Pediatriya İnstitutunun anesteziologiya, reanimasiya və intensiv terapiya, vaxtındanqabaq doğulanlar və yenidoğulanların patologiyası, cərrahiyyə şöbələrində stasionar müalicə olunan NEK diaqnozu təsdiqlənən 100 yenidoğulan uşağın xəstəlik tarixlərinin retrospektiv təhlili aparılmışdır. Tədqiqat zamanı NEK-in inkişafına səbəb olan ümumi qəbul olunmuş perinatal risk faktorları qiymətləndirilmişdir. Bu zaman yenidoğulanların anaları da müayinələrə cəlb olunmuşdur. Əsasən, aşağıdakı risk faktorları nəzərə alınmışdır: analarda hamiləliyin gedişi, doğuşun gedişi, vaxtındanqabaq doğulma, hestasiya yaşı, qidalanmanın təşkili, yanaşı gedən xəstəliklər və s.

Açar sözlər: nekrotik enterokolit, yenidoğulan, risk faktorları.

Nekrotik enterokolit (NEK) ağır xəstəlik olub, intensiv terapiya şöbəsinə müxtəlif təxirəsalınmaz hallarla daxil olan yenidoğulanlarda təsadüf edilir [1-4]. NEK müxtəlif təxirəsalınmaz hallar- doğuş zamanı hipoksiya, tənəffüs pozğunluğu sindromu, anadangəlmə ürək qüsurları və s. olan hər 1000 vaxtındanqabaq doğulan uşağın 2-10 nəfərində təsadüf edilir [2,5]. Yenidoğulanların müalicəsi və qulluğu üzrə yüksək texnologiyaların olmasına baxmayaraq NEK-in ölüm faizi 18-40%, bağırsağın yayılmış nekrozlarında isə hətta 95-100% təşkil edir [4]. NEK-in etiologiyası multifaktordur. Xəstəlik heterogen olub, əsas komponenti perinatal dövrdə keçirilən işemiya, yenidoğulanlarda bağırsağın anomal kolonizasiyası və erkən neonatal dövrdə qeyri-adekvat qidalanmadır. NEK-in inkişafında vaxtındanqabaq doğulma, ante- və intranatal dövrdə keçirilən hipoksiya, infeksiya səbəblər, qidalanma problemləri, əsasən mədə-bağırsaq traktında anadangəlmə və irsi patologiyaların olması əsas rol oynayır.

Vaxtındanqabaq doğulanlarda həyatın ilk günlərində immun sistemin yetişməzliyi, bakterial infeksiyalar zamanı yüksək letallıq və erkən neonatal sepsis daha çox rast gəldiyinə görə empirik antibakterial terapiya təyin edilir. Lakin antibakterial agentlər bağırsağın florasının kolonizasiyasını pozaraq formalaşmasına təsir edirlər. Bəzi müəlliflərin fikrinə görə, uzunmüddətli aparılan empirik antibakterial terapiya NEK-in inkişaf riskini artırır [3,6].

Neonatoloqların böyük əksəriyyəti süni qidalanmanı NEK-in inkişafında əsas faktor hesab edirlər. Əgər bağırsağın baryerinin keçiri-

cilik qabiliyyəti pozularsa, ancaq enteral qidalanma davam edirsə (xüsusən hiperosmolyar qarışıqlarla), bu zaman NEK-in inkişafı baş verir. Ana südü uşaq orqanizmini makrofaq, T və B-limfositlər, immunoqlobulinlər, xüsusən Ig A ilə təchiz edərək NEK-in inkişafının qarşısını alır [7].

NEK-in inkişafında bütün bu risk faktorlarının əhəmiyyəti mübahisəli məsələlərdən biri olaraq qalır. Bəzi müəlliflərin tədqiqatlarında göstərilir ki, risk faktorları həm NEK olan, həm də NEK inkişaf etməyən xəstələrdə eyni dərəcədə aşkar edilir. Ədəbiyyatda NEK zamanı risk faktorları barəsində məlumatlar olsa da, onların hər birinin əhəmiyyəti yetərincə müəyyən edilməmişdir [1,8].

İşin məqsədi: Yenidoğulanlarda nekrotik enterokolitin inkişafında perinatal risk faktorlarının əhəmiyyətini müəyyən etməkdən ibarətdir.

Material və müayinə metodları: Bizim tərəfimizdən ET Pediatriya İnstitutunun anesteziologiya, reanimasiya və intensiv terapiya, vaxtındanqabaq doğulanlar və yenidoğulanların patologiyası, cərrahiyyə şöbələrində stasionar müalicə olunan NEK diaqnozu təsdiqlənən 100 yenidoğulan uşağın xəstəlik tarixlərinin retrospektiv təhlili aparılmışdır. Bu uşaqlar NEK-in gediş mərhələlərinə görə aşağıdakı qruplara bölünmüşdür: I qrup – NEK-in I mərhələsi olan 26 xəstə, II qrup – NEK-in II mərhələsi olan 44 xəstə, III qrup – NEK-in III mərhələsi olan 30 xəstə.

Tədqiqat zamanı NEK-in inkişafına səbəb olan ümumi qəbul olunmuş perinatal risk fak-

torları qiymətləndirilmişdir. Bu zaman yenidoğulanların anaları da müayinələrə cəlb olunmuşdur. Əsasən, aşağıdakı risk faktorları nəzərə alınmışdır: analarda hamiləliyin gedişi, doğuşun gedişi, vaxtındanqabaq doğulma, hestasiya yaşı, qidalanmanın təşkili, yanaşı gedən xəstəliklər və s.

Tədqiqatın gedişində alınmış bütün rəqəm göstəriciləri müasir tövsiyələr nəzərə alınmaqla statistik təhlil olunmuşdur. Qruplardakı göstəricilər variason sıraya düzülmüş və hər bir variason sıra üçün orta hesabı göstərici (M), bu göstəricinin standart xətası (m), minimal (min) və maksimal (max) qiymətləri hesablanmışdır. Statistik analizin ilkin mərhələsində parametrik üsullardan istifadə edilmişdir. Sonradan, müəyyən hallarda qruplardakı göstəricilərin sayını nəzərə alaraq, alınmış nəticələri dəqiqləşdirmək

məqsədlə qeyri-parametrik üsul – Uilkokson (Manna-Uitni) meyarı tətbiq olunmuşdur.

Nəticə və müzakirələr: Yenidoğulanlardan 51 nəfər (51%) oğlan, 49-u (49%) isə qız olmuşdur. 65 (79,3±4,5%) uşaqda keçirilmiş bətdaxili hipoksiya əlamətləri olmuşdur, onlardan 17 uşaq (20,7±4,5%) asfiksiyada doğulmuşdur. Uşaqların vəziyyətinin qiymətləndirilməsi Apqar şkalası ilə 1-ci və 5-ci dəqiqələrdə aparılmışdır. Xəstəxanaya daxil olan uşaqların anadan olarkən çəkili 700-3700 qr, daxil olarkən 700-4500 qr, boyu 30-52 sm, baş dairəsi 22-37 sm, döş qəfəsinin dairəsi 20- sm arasında tərəddüd etmişdir.

Uşaqların hestasiya yaşına görə bölünməsi cədvəl 1-də göstərilmişdir.

Cədvəl 1.

Yenidoğulanların hestasiya yaşına görə bölünməsi

Qruplar	-40 həftə	32-37 həftə	29-31 həftə	22-28 həftə	χ^2 ; p_1	χ^2 ; p_2
I (n=26)	12 (46,2%)	11 (42,3%)	3 (11,5%)	0		
II (n=44)	14 (31,8%)	21 (47,7%)	7 (15,9%)	2 (4,5%)	$\chi^2=2,41$; $p_1> 0,05$	
III (n=30)	7 (23,3%)	16 (53,3%)	6 (20%)	1 (3,3%)	$\chi^2=3,98$; $p_1> 0,05$	$\chi^2=0,8$; $p_2> 0,05$

Qeyd: p_1 – I qrupun, p_2 – II qrupun göstəriciləri ilə fərqi statistik dürüstlüyü.

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi, I qrupdan olan yenidoğulanlar arasında hestasiya yaşı -40 həftə olanlar üstünlük təşkil etmişdir. II və III qrupda isə hestasiya yaşı 32-37 həftəlik olan yenidoğulanların sayı daha çox olmuşdur (21 və 16 nəfər).

Anamnestik göstəricilərin müayinəsi göstərmişdir ki, uşaqların böyük əksəriyyəti yaşı 22-29-a qədər olan analardan doğulmuşdur. Yenidoğulanların analarının yaş göstəriciləri aşağıdakı kimi olmuşdur: 21 yaşa qədər-23 nəfər, 22-29 yaş-54 nəfər, 30 yaşdan böyük-19 nəfər olmuşdur (cədv.2). Bu zaman 22-29 yaşlı anaların sayı daha çox olsa da, bizim müayinələrdə anaların yaşı NEK olan yenidoğulanların doğulması üçün səbəb olan faktor olmamışdır.

Cədvəl 2.

Nekrotik enterokolit olan yenidoğulanların analarının yaşa görə bölünməsi

Qruplar	Yaş qrupları			χ^2 ; p_1	χ^2 ; p_2
	21 yaşa qədər	22-29 yaş	30 yaşdan yuxarı		
I (n=26)	6 (23,1±8,3%)	15 (57,7±9,7%)	4 (15,4±7,1%)		
II (n=44)	13 (29, 5±6,9%)	24 (54, 5±7, 5%)	4 (9,1±4,3%)	$\chi^2=0,83$; $p_1> 0,05$	
III (n=30)	4 (13,3±6,2%)	15 (50±9, 1%)	11 (36,7±8,8%)	$\chi^2=3,24$; $p_1> 0,05$	$\chi^2=8,61$; $p_2< 0,05$

58 qadının (58±4,9%) hal-hazırkı doğuşu ilk doğuş olmuşdur. Təkrari doğuşların nisbəti 42±4,9% təşkil etmişdir (cəđ.3.). İlk doğuşlar təkrari doğuşlara nisbəti bütün qruplarda eyni olmuşdur (müvafiq olaraq 65,4±9,3%, 56,8±7,5%, 53,3±9,1%).

Cədvəl 3.

NEK olan yenidoğulanların analarında doğuşun sıralanması.

Qruplar	İlk dəfə doğanlar	Təkrari doğanlar	χ^2 ; p ₁	χ^2 ; p ₂
I (n=26)	17 (65,4±9,3%)	9 (34,6±9,3%)		
II (n=44)	25 (56,8±7,5%)	19 (43,2±7,5%)	$\chi^2=0,01$; p ₁ > 0,05	
III(n=30)	16 (53,3±9,1%)	14 (46,7±9,1%)	$\chi^2=0,84$; p ₁ > 0,05	$\chi^2=0,09$; p ₂ > 0,05

Ginekoloji xəstəliklər nadir rast gəlinmişdir: vulvovaginit yalnız 12±3,2% hallarda aşkar edilmişdir.

Hamiləliyin qeyri-qənaətbəxş fonla ağırlaşmış gedişi, əsasən MSS-nin zədələnməsi keçən perinatal patologiyalı uşaqların doğulması riskini artırır. Bizim müayinələrdə bütün qruplardan olan analarda hamiləliyin ağırlaşmış gedişi qeydə alınmışdır (cəđ.4).

Cədvəl 4.

NEK olan yenidoğulanların analarında hamiləliyin gedişi.

Analarda hamiləliyin gedişi	Qruplar		
	I (n=26)	II (n=44)	III (n=30)
Hamilələrin qusması	20 76,9±8,3%	41 93,2±3,8%	27 90±5,5%
Anemiya	18 69,2±9,1%	32 72,7±6,7%	25 83,3±6,8%
Hestoz	6 23,1±8,3%	11 25±6,5%	2 6,7±4,6%
Düşük təhlükəsi	3 11,5±6,3%	6 13,6±5,2%	6 20±7,3%
KRVİ	12 46,2±9,8%	21 47,7±7,5%	4 9,1±4,3%

Müayinə olunan qadınlarda erkən toksikoz (qusma) hamiləliyin patoloji gedişinə dəlalət etmişdir. 88±3,2% analarda hamiləlik zamanı qusma müşahidə edilmişdir. Bu, I qrupdan olan analarda 76,9±8,3%, II qrupdan olan analarda 93,2±3,8%, III qrupdan olan analarda isə 90±5,5% təşkil etmişdir. II qrupdan olan analarda qusma daha çox müşahidə edilmişdir. 75±4,3% analarda hamiləlik zamanı anemiya aşkar edilmişdir (I qrupda-69,2±9,1%, II və III qruplarda isə müvafiq olaraq 72,7±6,7% və 83,3±6,8%). Ana ölümü və perinatal itkilərin səbəbi, hamiləliyin ağır ağırlaşması olan hestoz 19±3,9% qadınlarda qeydə alınmışdır. Hestoz daha çox II qrupdan olan analarda aşkar edilmişdir (25±6,5%).

Bizim müayinələrdə 42±4,2% analar hamiləliyin I və II trimestrində kəskin respirator virus infeksiyası (KRVİ) keçirmişlər. KRVİ daha çox I və II qruplardan olan analarda aşkar edilmişdir (müvafiq olaraq 46,2±9,8% və 47,7±7,5%) (cəđ.4.)

Müayinə olunan qruplarda Sezəriyyə əməliyyatı 36±4,8% hallarda rast gəlinmişdir, qruplarda aşkar statistik fərqlər müəyyən edilməmişdir. 64 (64±4,8%) anada isə fizioloji doğuş olmuşdur (cəđ.5).

Yenidoğulan üçün ciddi risk faktorlarından biri də çanaq gəlişidir. Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən, belə vəziyyət çox zaman funksional vəziyyətin pozğunluğu və fetoplasentar çatmamazlıqla birgə aşkar edilir. Bizim müayinələrdə 6,5±3,1% hallarda çanaq gəlişi,

3,2±2,2% hallarda isə ayaq gəlişi rast gəlinmişdir. Qruplar arasında aşkar statistik fərq aşkar edilməmişdir.

Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən, susuz dövrün 24 saatdan çox olması yenidöğülənlərdə erkən neonatal sepsisin və bətdaxili

pnevmoniyanın inkişafı üçün risk faktoru sayılır. Cədvəldən görüldüyü kimi, I qrupdan olan analarda hamiləlik zamanı susuz dövr aşkar olunmamışsa, bu faktın tezliyi II qrupda – 9 (30,0±8,4%) və III qrupda – 8 (26,7±8,1%) olmuşdur.

Cədvəl 5.

Analarda doğuşun gedişi

Analarda hamiləliyin gedişi	Qruplar		
	I (n=26)	II (n=44)	III (n=30)
Sezariyyə kəsiyi	8 30,8±9,1%	14 31,8±7,0%	14 46,7±9,1%
Çanaq gəlişi	1 5,9±5,7%	2 6,7±4,6%	1 6,7±6,4%
Ayaq gəlişi	-	1 3,3±3,3%	1 6,7±6,4%
Bulanıq dölyanı maye	15 57,7±9,7%	29 96,7±3,3%	17 89,5±7,0%
Uzunmüddətli susuz dövr	-	9 30±8,4%	8 26,7±8,1%
Dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması	-	1 3,3±3,3%	1 5,3±5,1%
Çoxsululuq	-	-	1 5,3±5,1%

61 anada bulanıq dölyanı maye aşkar olunmuş, 2 anada isə dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması müşahidə olunmuşdur. 1,6±1,6% analarda isə çoxsululuq olmuşdur. II qrupdan olan analarda dölyanı mayenin bulanıq olması digər qruplara nisbətən maksimal həddə olmuşdur (96,7±3,3%).

Hamiləlik vaxtı 9,0±2,9% analarda qanda toksoplazmoz, 19,0±3,9% analarda herpes, 31±4,6%-də sitomeqalovirus, 9,0±2,9% -də rubella, 1,0±1,0%-də isə ureaplazma infeksiyası aşkar edilmişdir. İnfeksiyaların aşkar edilməsinin qruplar üzrə nisbəti cədvəl 6-da göstərilmişdir. Görüldüyü kimi, bətdaxili infeksiya daha çox II qrupdan olan xəstələrin analarında rast gəlinmişdir. Bu zaman daha çox xəstədə (45,5±7,5%) sitomeqalovirus infeksiyası aşkar edilmişdir (cədv.6).

Cədvəl 6.

Analarda aşkar edilən bətdaxili infeksiyalar.

İnfeksiyalar	Qruplar		
	I (n=26)	II (n=44)	III (n=30)
Toksoplazmoz	3 11,5±6,3%	2 4,5±3,1%	4 13,3±6,2%
Sitomeqalovirus	6 23,1±8,3%	20 45,5±7,5%	5 16,7±6,8%
Rubella	3 11,5±6,3%	2 4,5±3,1%	4 13,3±6,2%
Herpes	4 15,4±7,1%	12 27,3±6,7%	3 10±5,5%
Ureaplazma	-	-	1 3,3±3,3%

5 uşaq təbii qidalanmada, 52 uşaq süni qidalanmada, 16 uşaq qarışıq qidalanmada olmuş, 27 uşaq isə qidalandırılmamışdır (cədv.7).

Cədvəldən göründüyü kimi, bütün qruplarda süni qidalanan körpələrin sayı daha çox olmuşdur. Belə ki, I qrupda 16 uşaq ($61,5 \pm 9,5\%$), II qrupda 22 uşaq ($50 \pm 7,5\%$), III qrupda 14 uşaq ($46,7 \pm 9,1\%$) süni qidalanmada olmuşdur.

Cədvəl 7.

Yenidoğulanların qidalandırılması

Qidalanma	Qruplar		
	I (n=26)	II (n=44)	III (n=30)
Təbii	3 $11,5 \pm 6,3\%$	1 $2,3 \pm 2,2\%$	1 $3,3 \pm 3,3\%$
Süni	16 $61,5 \pm 9,5\%$	22 $50 \pm 7,5\%$	14 $46,7 \pm 9,1\%$
Qarışıq	3 $11,5 \pm 6,3\%$	8 $18,2 \pm 5,8\%$	5 $16,7 \pm 6,8\%$
Qidalandırılmayıb	4 $15,4 \pm 7,1\%$	13 $29,5 \pm 6,9\%$	10 $33,3 \pm 8,6\%$

Qeyd: qrupların göstəriciləri arasında statistik dürüst fərqlər aşkar edilməmişdir.

Ədəbiyyat məlumatlarına əsasən, NEK-in inkişafında əsas risk faktorlarından biri də anadangəlmə ürəkdə olan dəyişikliklər və ürək qüsurları hesab edilir [9]. Buna əsasən, bizim müayinələrdə bütün xəstələrdə exokardioqrafiya müayinəsi aparılmışdır. Exokardioqrafiya müayinəsi zamanı 44 uşaqda dəyişikliklər aşkar edilmişdir. Bu zaman 44 ($90,9 \pm 4,3\%$) uşaqda funksional oval dəlik, 3 ($6,8 \pm 3,8\%$) uşaqda açıq botal axarı, 1 ($2,3 \pm 2,2\%$) uşaqda isə mədəciklərarası çəpərin defekti aşkar olunmuşdur. Qruplar arasında isə I qrupda 11 uşaqda funksional oval dəlik

aşkar edilmişdir. II qrupda 20 uşaqda dəyişiklik olmuşdur ki, bunlardan 16 ($80 \pm 8,9\%$) xəstədə funksional oval dəlik, 3 ($15 \pm 8\%$) xəstədə açıq botal axarı, 1 ($5,0 \pm 4,9\%$) xəstədə isə mədəciklərarası çəpərin defekti aşkar edilmişdir. III qrupda 13 xəstədə exokardioqrafiya zamanı dəyişiklik olmuşdur ki, bunların da hamısını funksional oval dəlik təşkil etmişdir.

NEK olan yenidoğulanlarda bir sıra yanaşı xəstəliklər aşkar edilmişdir ki, bunlar əsas xəstəliyin gedişini daha da ağırlaşdırmışdır (cədv. 8).

Cədvəl 8.

Yenidoğulanlarda NEK zamanı yanaşı diaqnozlar.

Diaqnozlar	Qruplar			Cəmi
	I (n=26)	II (n=44)	III (n=30)	
Perinatal hipoksik ensefalopatiya	23 $88,5 \pm 6,3\%$	37 $84,1 \pm 5,5\%$	22 $73,3 \pm 8,1\%$	82 $82,0 \pm 3,8\%$
Baş beynə qansızma	11 $42,3 \pm 9,7\%$	26 $59,1 \pm 7,4\%$	18 $60 \pm 8,9\%$	55 $55,0 \pm 5,0\%$
Bətdaxili infeksiya	12 $46,2 \pm 9,8\%$	13 $29,5 \pm 6,9\%$	10 $33,3 \pm 8,6\%$	35 $35,0 \pm 4,8\%$
Bronxopnevmoniya	3 $11,5 \pm 6,3\%$	9 $20,5 \pm 6,1\%$	5 $16,7 \pm 6,8\%$	17 $17,0 \pm 3,8\%$
Konyuqasion sarılıq	8 $30,8 \pm 9,1\%$	12 $27,3 \pm 6,7\%$	1 $3,3 \pm 3,3\%$	21 $21,0 \pm 4,1\%$
Atelektaz	2 $7,7 \pm 5,2\%$	13 $29,5 \pm 6,9\%$	5 $16,7 \pm 6,8\%$	20 $20,0 \pm 4,0\%$

Anemiya	1 3,8±3,8%	3 6,8±3,8%	-	4 4,0±2,0%
Sepsis	-	3 6,8±3,8%	4 13,3±6,2%	7 7,0±2,6%
Pielonefrit	-	-	1 3,3±3,3%	1 1,0±1,0%
Hipotrofiya	-	1 2,3±2,2%	-	1 1,0±1,0%

Qeyd: qrupların göstəriciləri arasında statistik dürüst fərqlər aşkar edilməmişdir.

Cədvəl 8-dən göründüyü kimi, NEK zamanı yanaşı rast gəlinən əsas xəstəlik perinatal hipoksik ensefalopatiya olmuşdur. Bu xəstəliyin qruplar arasında rastgəlmə tezliyi təxminən qruplar arasında eyni olmuşdur. II yerdə baş beynə qansızma olmuşdur ki, bu xəstəlik II qrupda daha çox rast gəlmişdir. (59,1±7,4%). Bətdaxili infeksiya hər üç qrupda eyni təsadüf olunmuşdur. Bronxopnevmoniya, atelektaz, konyuqasion sarılıq da digər qruplarla nisbətə II qrupda daha çox aşkar edilmişdir (müvafiq olaraq 20,5±6,1%, 29,5±6,9%, 27,3±6,7%). Sepsis, pielonefrit, hipotrofiya kimi ağır xəstəliklər I qrupda təsadüf etməmişdir.

Nəticə.Yenidoğulanlarda nekrotik enterokolitin inkişafına gətirib çıxaran əhəmiyyətli risk faktorları – fəsadlaşmış mamalıq-ginekoloji anamnezi, hamiləliyin qeyri-qənaətbəxş gedişi (erkən toksikoz- 88±3,2%, anemiya-75±4,3%, hestoz-19±3,9%, nefropatiya-22,7±6,3%, KRVI- 42±4,2%), perinatal hipoksiya (79,3±4,5%), körpələrin süni qidalarla erkən qidalanması (52±5%) olmuşdur. Risk qrupuna daxil olan yenidoğulanlar NEK-in ilkin əlamətləri aşkar olunan kimi diqqət mərkəzində olmalı və cərrah tərəfindən konsultasiya olunmalıdır.

ƏDƏBİYYAT:

1. Федоров Д.А. Хирургическое лечение некротизирующего энтероколита у новорожденных с синдромом интраабдоминальной гипертензии (экспериментально-клиническое исследование): автореферат дис. кандидата медицинских наук: Омск, 2013
2. Edile M. Murdoch et al. Doppler Flow Velocimetry in the Superior Mesenteric Artery on the First Day of Life in Preterm Infants and the Risk of Neonatal Necrotizing Enterocolitis. November 2006; 118: 1999-2003
3. Jeff Pietz et al. Prevention of Necrotizing Enterocolitis in Preterm Infants: A 20-Year Experience, Pediatrics. January 2007; 119: 164-170
4. Черпалюк Екатерина Анатольевна. Особенности хирургической тактики при некротическом энтероколите у детей: диссертация кандидата медицинских наук, 118 с., 2011
5. Адеева О. А. Некротический энтероколит у глубоко недоношенных / Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. – № 1. – С. 147.
6. Mshvildadze M, Neu J, Shuster J, Theriaque D, Li N, Mai V. Intestinal microbial ecology in premature infants assessed with non-culture-based techniques. J Pediatr 2010; 156:20-5.
7. Минаев, С. В. Мониторинг развития воспалительных осложнений у новорожденных с врожденной патологией желудочно-кишечного тракта // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 30–33.
8. Красильникова Н.Е. Клинико-иммунологическая характеристика энтероколита у недоношенных детей с внутриутробными инфекциями (прогнозирование и лечение) дис. канд. медицинских наук, 2008
9. Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Егорская Л.Е. Роль инструментальных методов исследования в диагностике некротического энтероколита у новорожденных / Вестник экспериментальной и клинической хирургии том V, №2, 2012, səh 412-415.

РЕЗЮМЕ

Роль перинатальных факторов риска при некротическом энтероколите у новорожденных

Насирова С.Р.

Научно-Исследовательский Институт им. К.Я. Фараджевой

Ключевые слова: некротический энтероколит, новорожденный, факторы риска.

Целью работы является определение значения перинатальных факторов риска развития некротического энтероколита у новорожденных. Проведен ретроспективный анализ анамнеза болезни 100 новорожденных с подтвержденным диагнозом НЭК, которые проходили стационарное лечение в отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, патологии недоношенных новорожденных, патологии новорожденных, и детской хирургии Института педиатрии им К.Фараджевой.

В ходе исследования были оценены общепринятые перинатальные факторы риска, способствующие развитию НЭК. В это время к обследованиям привлекались и матери новорожденных. В частности, учитывались следующие факторы риска: беременность у матерей, роды, преждевременные роды, гестационный возраст, организация кормления, сопутствующие заболевания и т.д.

SUMMARY

Factors of perinatal risk of necrotic enterocolitis in newborns

Nasirova S.R.

Scientific Research Institute of Pediatrics named after K.Farajova

Keywords: necrotic enterocolitis, neonate, risk factors.

The aim of the work is to determine the significance of perinatal risk factors for the development of necrotic enterocolitis in newborns. We carried out retrospective analysis of the anamnesis of the 100 newborns with confirmation of the diagnosis of NEC, who is undergoing inpatient treatment in the departments of anesthesiology, intensive care and intensive care, pathology of premature newborns and newborns, surgery of the Research Scientific Institute of Pediatrics.

During the study, the generally accepted perinatal risk factors contributing to the development of NEC were evaluated. At this time, mothers of newborns were also involved in examinations. In particular, the following risk factors were taken into account: pregnancy in mothers, birth, premature birth, gestation age, organization of feeding, concomitant diseases, etc.

Nəsirova Sevinc Ramiz qızı

К.У.Фәрәцова adına Elmi-Tədqiqat Pediatriya İnstitutu

Email: sevincnesirova40@gmail.com

Redaksiyaya daxil olub:01.12.2021

Çapa tövsiyə olunub:01.12.2021