

ЗАВИСИМОСТЬ МАССО-РОСТОВОГО ПОКАЗАТЕЛЯ К ГЕСТАЦИОННОМУ ВОЗРАСТУ НОВОРОЖДЁННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ СТЕПЕНЯМИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Расулова Л.Т., Гусейнова С.А.

Азербайджанский Медицинский Университет кафедра I Детские болезни

В работе описаны особенности показателей антропометрии 92 новорожденных, родившихся от женщин с преэклампсией (ПЭ) в зависимости от их пренатального гестационного возраста. Было установлено, что среди детей, родившихся от женщин с преэклампсией, большую часть составляли незрелые дети (как доношенные так и недоношенные), объективная оценка которых в раннем неонатальном периоде предопределяет особенности их постнатального развития, требующих углубленного исследования в этом направлении.

Ключевые слова: преэклампсия, новорождённый, антропометрия, постнатальный гестационный возраст.

В настоящее время вопросы оценки мониторинга физического развития детей приобретают особую актуальность, а антропометрические показатели являются одним из основных индикаторов здоровья населения [1,2,3,20].

Преэклампсия – это патологическое состояние, осложняющее течение беременности и характеризующееся нарушением сосудистой, нервной, эндокринной и иммунной систем, системы гемостаза, изменениями в функциях почек, печени, плаценты, головного мозга, различными метаболическими изменениями адаптационных систем организма [5,6,13,15,17]. Проблем апрэклампсии до настоящего времени остаётся актуальной, что обусловлено не только риском развития осложнений для матери и плода, но и высокой частотой встречаемости данной патологии [9, 10,11]. Несмотря на достижения современной медицины, преэклампсия беременных по-прежнему является одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности. Преэклампсия увеличивает риск неблагоприятного исхода беременности не только для матери, но и для плода [14,16,17,19,21].

Перинатальная заболеваемость и смертность при преэклампсии обусловлены недоношенностью, хронической гипоксией, внутриутробной задержкой роста плода [18, 20].

Научные работы по антропометрии детей многочисленны, их число продолжает расти [8,10,15]. Однако, параметры физического развития детей с учетом их физиологического состояния в различные возрастные периоды остаются вне поля зрения исследователей. Изучение показателей антропометрии новорожденных с учетом их физиологической зрелости при различных патологиях матери во время беременности позволил бы педиатрам определять круг заболеваний характерных им и прогнозировать их состояния в ближайшем неонатальном периоде жизни.

Цель работы. Определить структуру новорожденных детей, родившихся от женщин с преэклампсией (ПЭ), в зависимости от массы тела и постнатального гестационного возраста (ПГВ).

Материал и методы исследования: нами было обследовано 92 новорожденных детей, рождённых от женщин с различными проявлениями ПЭ (артериальная гипертония, отеки, протеинурия) при сроке беременности 33–42 нед. В обследование не были включены дети, рождённые от многоплодной беременности. В исследуемой группе новорождённые дети, рождённые от матерей с ПЭ, по степени тяжести ПЭ у матери во время беременности, были разделены на 2 группы: с умеренной ПЭ (АД \geq 140/90–159/109 мм рт. ст.; протеинурия \geq 0,3 г/сут, но \leq 5 г/сут) 57 детей

(61,9%) и тяжелой ПЭ (АД $\geq 160/110$ мм рт. ст.; протеинурия — ≥ 5 г/сут или 3 г/л в порциях мочи, полученных дважды с разницей ≥ 4 ч; HELLP-синдром; острая жировая дистрофия печени) 35 детей (38,1%). Контрольную группу новорожденных составили 30 детей, родившихся от женщин без признаков ПЭ и экстрагенитальных заболеваний до и во время беременности. ПГВ изучался согласно 11 соматическим и 10 неврологическим параметрам шкалы J.L. Ballard (1991). У новорожденных проводилось стандартное изучение показателей антропометрии: масса (МТ), длина (ДТ), массо-ростовой показатель (МРП) и соотношение Огол\ОГр.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что основные антропометрические показатели новорожденных от женщин с ПЭ ниже, чем данные детей контрольной группы, соответственно МТ $2958,7 \pm 48,3$ г против $3471,3 \pm 92,8$ г, ДТ $49,9 \pm 0,42$ против $52,7 \pm 0,37$ см, окружность головы — $32,8 \pm 0,16$ против $35,1 \pm 0,23$ см, окружность груди $32,4 \pm 0,18$ против $33,9 \pm 0,28$ см, МРП увеличен ($61,3 \pm 0,80$ против $65,4 \pm 1,29$ усл.ед.). Для установления соответствия показателей физического развития новорожденных к своему ПГВ, важным ориентиром является соотношение Огол\ОГр, соответствующий 1,03 при сроке доношенной беременности 38–40 нед, 1,05 — к сроку 37–35 нед, 1,06 — 34–32 нед и 1,07 — ≤ 31 нед. Нами обнаружено, что при отставании физического развития новорожденных от ПГВ при любом его сроке этот индекс увеличивается, а МРП — уменьшается, и наоборот, при опережении развития ребенка своего ПГВ данный индекс уменьшается, а МРП увеличивается. Установлено, что доля перенесенных детей со сроком ПГВ ≥ 42 нед увеличена среди детей, родившихся от женщин

без признаков ПЭ (20,2% против 8,0%). Однако, при учете соответствия их массы тела к ПГВ соответственно превышающих (10,0% и 4,0%, соответствующих (3,3% и 1,02%) и низких (6,7% и 3,0%), каких-либо статистических различий не выявлено. У женщин с ПЭ существенно меньше родились дети со сроком ПГВ 38–40 нед (60,0% против 76,6%). Среди них меньше доля доношенных с массой тела соответствующих ПГВ (16,0% против 56,7%) при отсутствии статистических различий по числу детей с массой тела превышающей ПГВ (24,0% против 16,0%). Среди детей основной группы увеличен удельный вес новорожденных с низкой массой тела, несоответствующим ПГВ доношенности (20,0% против 3,3%). Данную группу мы расценили как доношенные, однако физиологически незрелыми. Среди новорожденных, родившихся от женщин с ПЭ, неизменно высока доля детей с ПГВ ≤ 37 нед (32,0% против 3,3%). При этом их существенную часть составляют недоношенные с массой тела, соответствующие своему ПГВ (19,0% против 3,3%). Среди недоношенных также имелись дети как с превышением (6,0%), так и с отставанием массы тела (7,0%), несоответствующих ПГВ, что не выявлялось среди детей, рожденных от женщин без признаков ПЭ.

Таким образом, проведенным исследованием было установлено, что новорожденные, родившиеся от женщин с ПЭ фенотипически различаются от детей, родившихся от женщин, не имеющих признаков ПЭ во время беременности. Среди них, наряду с высокой концентрацией истинно недоношенных детей, также увеличена доля доношенных новорожденных незрелых детей. Это предопределяет особенности их постнатального развития, что требует углубленных исследований в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Каширская Н. Ю. Капранов Н. И. // Росс. педиатрический журнал.- 2002. -№ 6.- С. 26-30.
2. Абдуллаева М. Э., Ташбаев О. С., Маликова Р. А. и др. // Педиатрия. — Т. — 2001 № 4. С. 30–33.
3. Алимходжаев Ф. Х., Баходирова Ф. М., Шевернин В. А. и др. // Морфология. — Спб. — 2002. — Т. 121. — № 2–3. — С. 10–12.
4. Wong J., Thornton J. C., Kolesnic S. Anthropometry in body composition: an overview // Ann N. J. Acad. Sci. — 2000. — V. 904. — p. 317–326.
5. A comprehensive study of oxidative stress and antioxidant status in preeclampsia and normal pregnancy / E. Llorca, E. Gratacos, P. Martin-Gallan [et al.] // Free Radic. Biol. Med. – 2004. – Vol. 37, № 4. – P. 557–570.
6. Иванов И. И. Современный подход к профилактике тяжёлых форм преэклампсии беременных / И. И. Иванов, Е. Н. Прочан // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2010. – Т. 15, № 3. – С. 3–10.
7. Гестозы: руководство для врачей / Б. М. Венцовский, В. Н. Запорожан, А. Я. Сенчук, Б. Г. Скачко. – М.: Мед. информ. агентство, 2005. – 312 с.
8. Шахбазова Н.А. Перинатальные исходы на фоне различных методов профилактики гипертензивных расстройств при беременности // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2018
9. Hypertension in Pregnancy: The Management of Hypertensive Disorders During Pregnancy. NICE Clinical Guidelines, No. 107. National Collaborating Centre for Womens and Childrens Health (UK). London: RCOG Press, 2010; 288.
10. Song Clinical Practice Guideline. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary, Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group, 2014; 23.
11. Say L. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. The Lancet Global Health. 2014; 2 (6): e323-333. DOI:10.2016/S2214109X(14)70227-X.
12. Marret S., Ancel P.Y., Marpeau L. Neonatal and 5-year Outcomes after Birth at 30-34 Weeks of Gestation. Am J Obstet Gynecol 2007; 110 (1): 72–80. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.01162.x
13. National Heart Foundation of Australia. Guideline for the diagnosis and management of hypertension in adults. 2016; https://www.heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/PRO-167_Hypertension-guideline-2016_WEB.pdf
14. Churchill D., Duley L., Thornton J.G., Jones L. Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7:CD003106. DOI: 10.1002/14651858.CD003106.pub2
15. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. Obstetrics and Gynecology. 2003;102(1):181–192.
16. Escobar GJ, Clark RH, Greene JD. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. Seminars in Perinatology. 2006;30(1):28–33.
17. Habli M, Levine RJ, Qian C, Sibai B. Neonatal outcomes in pregnancies with preeclampsia or gestational hypertension and in normotensive pregnancies that delivered at 35, 36, or 37 weeks of gestation. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2007;197(4):406 e1–406 e7.
18. Ødegård RA, Vatten LJ, Nilsen ST, Salvesen KA, Austgulen R. Preeclampsia and fetal growth. Obstetrics and Gynecology. 2000;96(6):950–955.
19. Marconi AM, Ronzoni S, Vailati S, Bozzetti P, Morabito A, Battaglia FC. Neonatal morbidity and mortality in intrauterine growth restricted (IUGR) Pregnancies is predicated upon prenatal diagnosis of clinical severity. Reproductive Sciences. 2009;16(4):373–379.
20. Shah DM, Shenai JP, Vaughn WK. Neonatal outcome of premature infants of mothers with preeclampsia. Journal of Perinatology. 1995;15(4):264–267.
21. Bose C, Van Marter LJ, Laughon M, et al. Fetal growth restriction and chronic lung disease among infants born before the 28th week of gestation. Pediatrics. 2009;124(3):e450–e458.

XÜLASƏ

MÜXTƏLİF DƏRƏCƏLİ PREEKLAMPSİYALI QADINLARDAN DOĞULAN YENİDOĞULMUŞLARIN ÇƏKİ-BOY GÖSTƏRİCİLƏRİN HESTASIYA YAŞINDAN ASILILIĞI

Rəsulova L.T., Hüseynova S.A

Azərbaycan Tibb Universiteti I Uşaq xəstəlikləri kafedrası

Açar sözlər: *preeklampsiya, yenidoğulmuş, antropometriya, postnatal hestasiya yaşı*

Məqalədə prenatal hestasiya yaşına əsasən preeklampsiya olan hamilə qadınlardan doğulmuş 92 uşağın antropometriya göstəricilərinin xüsusiyyətləri təsvir edilir. Müəyyən olunmuşdu ki, preeklampsiyalı qadınlardan doğulmuş uşaqlar arasında əksəriyyət yetkin olmayan uşaqlar idi (həm vaxtında doğulmuş uşaqlar arasında həm də yarımçıqdoğulmuş uşaqlar arasında), və bu uşaqların erkən neonatal dövrdə postnatal inkişafının obyektiv qiymətləndirilməsi istiqamətində dərin araşdırmaların aparılması tələb olunur.

SUMMARY

DEPENDENCE OF INDICATORS OF WEIGHT ON GESTATIONAL AGE OF THE NEWBORNS WHO VARIOUS DEGREES OF A PREECLAMPSIA

Rasulova L.T., Guseynova S.A.

Azerbaijan Medical University Department I Children's diseases

Key words: *preeclampsia, newborn, anthropometry, postnatal gestational age*

The work describes the characteristics of anthropometry indicators of 92 newborns born to women with preeclampsia (PE), depending on their prenatal gestational age. It was found that among children born to women with preeclampsia, the majority were immature children (both full-term and preterm), an objective assessment of which in the early neonatal period predetermines the features of their postnatal development requiring indepth research in this direction.

Rəsulova Leyla Telman qızı

Azərbaycan Tibb Universiteti

leylarasulova451@gmail.com