

**И. В. Беломытцева**

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ФАКТОРЫ РИСКА И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ**

### ***Введение***

Неонатальная энцефалопатия – клиническое состояние, возникающее у новорожденных со сроком гестации более 35 недель, характеризующееся неврологической дисфункцией с нарушением степени или качества сознания, включая реакции угнетения ЦНС, а также с нарушением дыхания (на этапе первого вдоха или позже), судорогами, сниженным мышечным тонусом и рефлексам. [2]

При этом, ключевым признаком неонатальной энцефалопатии является нарушение степени или качества сознания; другие перечисленные признаки, такие как судороги, кардиореспираторные нарушения или измененный тонус и рефлекс, могут возникать параллельно с ним, но не являются необходимыми для постановки диагноза. Распространенность неонатальной энцефалопатии в развитых странах мира составляет 2–6 случаев на 1000 доношенных живорожденных детей. Неонатальная энцефалопатия является неоднородной по этиологии, может быть обусловлена любыми причинами, повреждающими ЦНС, и клинически проявляется в первые дни жизни. [3]

Причинами развития неонатальной энцефалопатии могут быть токсические, метаболические, стрессовые воздействия, радиационные, иммунологические отклонения в системе «мать – плацента – плод», их сочетания, приводящие в конечном итоге к внутриутробной гипоксии или асфиксии плода и новорожденного. [1]

### ***Цель***

Изучить факторы, способствующие развитию неонатальной энцефалопатии, наиболее часто встречающиеся клинические синдромы, особенности физического и психомоторного развития этих детей на первом году жизни.

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

Был проведен анализ медицинских карт стационарного пациента 100 новорожденных детей, находящихся в отделении новорожденных с поражением центральной нервной системы У «ГОДКБ» с января по март 2024 года с неонатальной энцефалопатией, а также 29 историй развития (форма 112у) этих детей (амбулаторный этап наблюдения).

### ***Результаты исследований и их обсуждение***

В исследуемой группе детей мальчики составляли 48 %, девочки – 52 %. От доношенной беременности родилось 98 детей, 2 ребенка родились недоношенными. У 21-ой роженицы роды проводились оперативным путем, у 79 – через естественные родовые пути.

Анализируя параметры физического развития детей при рождении было выявлено, что массу тела при рождении менее 2500 г имели 11 новорожденных (11 %) (все были доношенными), от 2500 до 4000 г – 83 ребенка (83 %), более 4000 г – 6 человек (6 %). Средняя масса тела составила 3177г. Длину тела при рождении менее 48 см имело 8 детей (8 %), у 91 новорожденного (91 %) длина тела составляла более 48 см. Средняя длина тела – 52 см. Окружность головы при рождении менее 33 см была

у 18 детей (18%), от 33 до 36 см – у 76 детей (76 %), у 5 человек (5 %) – более 36 см. Средняя окружность головы – 34 см. Окружность груди при рождении менее 33 см имели 33 ребенка (33 %), от 33 до 36 см – 67 детей (67 %). Средняя окружность груди составила 33 см.

От первой беременности родилось 56 детей, 27 – от второй, 8 – от третьей, 4 – от четвертой, 5 детей – от пятой беременности. Первые роды были у 66 женщин, вторые – у 24, третьи – у 7 женщин.

На момент рождения детей 33 женщины имели возраст до 25 лет, 51 женщина – от 25 до 35 лет, старше 35 лет было пять женщин. В 14 медицинских картах не указан возраст матери. Возраст отца указан в 34 % случаев, из них, до 25 лет – 8 человек, от 25 до 35 – 22 и старше 35 лет – 4 мужчины. Состояние здоровья матери имеет большое значение для здоровья будущего ребенка.

Состояние здоровья матери имеет большое значение для здоровья будущего ребенка. У 21 женщины (21 %) отмечена патология мочевой системы в виде пиелонефрита (15 %), нефропатии (4 %), мочекаменной болезни (2 %); у 10 женщин – сердечно-сосудистой системы: вегетососудистая дистония – в 6 % случаев, артериальная гипертензия – в 3 %, миокардиодистрофия – в 1 % случаев. 5 женщин имели патологию щитовидной железы. 2 женщины страдали хроническим тонзиллитом, 1 – хроническим бронхитом. За время беременности 19 женщин перенесли ОРВИ, 2 женщины – герпетическую инфекцию. 20 женщин имели патологию половой системы: хламидиоз – 5 женщин, уреаплазмоз – 3, микоплазмоз – 3, молочницу – 2, трихомониаз – 2, кольпит – 3, эрозию шейки матки, аднексит – по 2 случая, вагинит и бактериальный вагиноз – по 1 случаю.

Среди особенностей течения настоящей беременности преобладала анемия (40 %) и угроза прерывания беременности (31 %). Нарушение фетоплацентарного кровообращения встречалось в 10 % случаев, хроническая внутриматочная гипоксия плода – в 12 %, гестоз – у 9 женщин, истмико-цервикальная недостаточность – у 5, синдром задержки развития плода – у 4 женщин. Гестационный сахарный диабет и водянка беременных имели место в 2 % случаев. В одном случае отмечено тазовое предлежание. Обвитие пуповины вокруг шеи было у 10 % новорожденных.

При оценке общего состояния и неврологического статуса у 45 детей (45 %) отмечалось понижение спонтанной двигательной активности, у 9 новорожденных (9 %) – повышение. Угнетение рефлексов орального автоматизма наблюдалось у 39 детей (39 %), оживление – у 10. Вялые спинальные рефлексы отмечались у 84 детей (84 %), оживленные – в 1 % случаев. Дистоничный мышечный тонус с тенденцией к гипертонусу отмечен у 22 детей (22 %), к гипотонусу – у 44 новорожденных (44 %). «Пяточные» стопы имели 24 ребенка (24 %), «паретичные» кисти – 12 детей (12 %), непостоянный тремор конечностей – 9 детей (9 %), крик по принуждению – 11 детей (11 %), тремор подбородка, симптом «заходящего солнца» наблюдались по 3 % каждый. У 84 новорожденных энцефалопатия имела токсико-гипоксический генез, у 14 – гипоксически-травматический, у 2-х детей – смешанный.

По данным медицинской документации амбулаторного этапа (форма 112у) средняя масса тела детей, перенесших энцефалопатию новорожденного, к году составила 10180 г, средняя длина тела – 76 см, средняя окружность головы – 45 см, среднее количество зубов к году составило 5.

Психомоторное развитие детей на первом году жизни соответствовало возрасту у 24 детей (83 %). Задержка психомоторного развития к году отмечалась у 5 детей (17 %). В течение первых трех месяцев жизни гипертензионный синдром наблюдался у 5 детей (17 %). Синдром двигательных нарушений на протяжении первого полугодия жизни сохранялся у 7 детей (24 %), синдром нервно-рефлекторной воз-

будимости – у 3 детей (10 %). Дистония мышечного тонуса отмечалась у 13 детей (45 %), нормализация которого произошла к пятому месяцу жизни. Средний возраст, в котором дети начали сидеть – 7 месяцев, стоять – 9 месяцев, говорить – 11 месяцев, ходить – 11 месяцев.

У детей, перенесших неонатальную энцефалопатию, часто развивались острые респираторные инфекции. У 18 детей (62 %) за первый год жизни отмечалось 3 эпизода заболевания, 4 человека (14 %) имели до 6 эпизодов острых респираторных инфекций за год, только 7 детей (24 %) не болели на первом году жизни респираторными инфекциями. Среди фоновых заболеваний чаще встречались: атопический дерматит – у 8 человек (28 %), дисплазия тазобедренных суставов – у 7 человек (24 %), железодефицитная анемия – у 4-х человек (14 %).

### **Выводы**

Таким образом, неонатальная энцефалопатия чаще встречается у детей, рожденных от первой беременности, первых родов, а также у детей, матери которых страдают микробно-воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, острой респираторной инфекцией во время беременности, анемией. Возраст родителей, родоразрешение, физическое развитие новорожденных не играют существенной роли в развитии неонатальной энцефалопатии. Основным клиническим проявлением болезни является синдром угнетения: снижение спонтанной двигательной активности, угнетение рефлексов спинального и орального автоматизма, снижение мышечного тонуса.

У большинства детей, перенесших неонатальную энцефалопатию, психическое и физическое развитие к концу первого года жизни не отстает от сверстников.

Дети, перенесшие неонатальную энцефалопатию, часто болеют острыми респираторными инфекциями.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Хачатрян, Л. Г. Психомоторное развитие здоровых детей грудного и раннего возраста и методика их осмотра (справочное пособие для врачей) / Л. Г. Хачатрян В. М., Студеникин, О. И. Маслова. – М., 2003. – 24 с.
2. Хачатрян, Л. Г. Нормативная шкала психомоторного развития детей первого и второго года жизни / Л. Г. Хачатрян, О. И. Маслова, В. М. Студеникин // Вестн. практ. неврол. – 2003. – № 7. – С. 135–137.
3. Неонатология : учеб. пособие / А. К. Ткаченко [и др.] ; под ред. А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. – Минск : Выш. шк., 2009. – 494 с.
4. Пальчик, А. Б. Современные представления о перинатальной энцефалопатии / А. Б. Пальчик // Российский педиатрический журнал. – 2001. – № 1. – С. 31–35.

**УДК 616.72-002.77-085-053.2**

**Т. Е. Бубневич**

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»,*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОЙ РЕВМАТОЛОГИИ НА ОСНОВЕ СОБСТВЕННЫХ ДАННЫХ**

#### **Введение**

Ревматические болезни характеризуются широкой распространенностью, поражением людей различных возрастных групп, прогрессирующим характером течения со склонностью к хронизации, приводящей к потере трудоспособности и ранней инвалидизации пациентов.