



INFLUENCE OF COMPLICATED CHILDREN ON INFANTRY PATHOLOGY

Yadgarova Norbibi Djararova

Senior Lecturer

Department of Propaedeutics of Childhood Diseases.
Tashkent Pediatric Medical Institute. Tashkent city.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.11032605>

ARTICLE INFO

Received: 14th April 2024
Accepted: 21th April 2024
Online: 22th April 2024

KEYWORDS

Medications, child, weight, complications, death.

ABSTRACT

The article displays pathologies of infancy based on literature data.

ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ РОДОВ НА ПАТОЛОГИЮ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ядгарова Норбиви Джапаровна

старший преподаватель

кафедры пропедевтики детских болезней.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. г. Ташкент.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.11032605>

ARTICLE INFO

Received: 14th April 2024
Accepted: 21th April 2024
Online: 22th April 2024

KEYWORDS

Лекарства, ребенок, масса, осложнения, смерть.

ABSTRACT

В статье отображены патологии младенческого возраста на основе литературных данных.

Осложнения родов, порою неадекватность тактики их ведения приводят к повышению заболеваемости новорожденных и перинатальной смертности. Состояние здоровья детей отражает уровень реализации биологического потенциала нации и является «зеркалом» происходящих в обществе процессов. Снижение заболеваемости и смертности новорожденных остается важной медицинской и социальной проблемой, а сохранение каждого жизнеспособного плода и новорожденного приобрело для общества стратегическое значение. В практику внедряются новые технологии и лекарственные вещества, развивается интенсивная терапия недоношенных и родившихся с экстремально низкой массой тела. В связи с этим от многих канонов классического акушерства уже отказались, а тактика ведения осложненных родов постоянно пересматривается.

В момент рождения человека формируются ощущения, которые впоследствии на подсознательном уровне управляют им. Следует различать проекцию взрослого опыта



на инфантильный мир плода и включение в поведение взрослого человека негативных паттернов гнева, тревоги и ужаса, почерпнутых из соответствующего младенческого опыта. Наше многолетнее изучение различных типов родов выявило сходство личностных установок клиентов, переживших роды одного типа.

Статистические данные показали, что несмотря на снижение показателя перинатальной смертности за последние годы в РФ (с 12,8 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2001 г. до 9,07 - в 2007 г.), уровень ее в 3-3,5 раза выше, чем в экономически развитых странах. В то же время в структуре ПС в 2007 г. отмечено: 49,7% составляют доношенные дети. В структуре мертворождаемости антенатальные потери составили 77,2%, интранатальные — 22,8%. По данным некоторых зарубежных авторов, мертворождаемость составляет 53,5%, ранняя неонатальная смертность (РНС) - 46,5%.

Авторами литературных источников отмечено, что родовая травма находилась всегда в центре внимания акушеров, в связи с очевидной или кажущейся управляемостью патологии. В структуре причин ПС в РФ родовая травма занимает пятое место (8,0%). Среди причин РНС удельный вес родовой травмы уменьшился (8,4%), несмотря на рост ее в структуре причин заболеваемости новорожденных (41,9%) . Снижение частоты родовой травмы как причины смерти доношенных детей в 2,6 раза (в том числе внутричерепной — в 3,2 раза) объясняется прежде всего ростом частоты абдоминального родоразрешения. Среди недоношенных также отмечается уменьшение доли родовой травмы как причины ранней неонатальной смерти (3,51%), в том числе внутричерепной (2,3%).

Перинатальный риск должен определяться неоднократно в течение беременности и в родах. Применение прогностических систем дает возможность выделить беременных в группы высокого риска, прогнозировать состояние женщины во время родов и степень риска перинатальной патологии. Накопленный опыт со всей очевидностью свидетельствует о том, что выделение таких групп позволяет оптимизировать дифференцированную акушерскую и неонатальную помощь каждой группе женщин и их новорожденным.

Субдуральные гематомы, возникающие в перипартуальном периоде, почти всегда вызваны травмой при рождении и, как правило, бессимптомны. Действительно, МРТ сразу после родов показывает, что 8-46% младенцев имеют бессимптомные субдуральные коллекции. Симптоматические субдуральные гематомы встречаются гораздо реже, встречаясь у 16,5/100 000 младенцев в возрасте до 1 года. Хотя такие случаи были описаны после чрезвычайной/сложной CS, случаи после несложной факультативной CS крайне редки. Симптомы связаны с очагальным неврологическим дефицитом. Эластичность черепа обеспечивает некоторую переносимость повышенного давления; поэтому клинические признаки могут быть тонкими, такими как плохое кормление, раздражительность и частая рвота. При осмотре вены кожи головы могут быть растянуты, а передний родничок заполнен. Фокальный неврологический дефицит может проявляться при повреждении черепного нерва. Папиллоэдема обычно не развивается у новорожденных, но можно отметить венозное



порождение сетчатки. При компрессии ствола мозга могут проявляться брадикардия и апноэтические приступы.

Учитывая ее клиническое состояние, можно было рассмотреть консервативный подход, но это могло привести к внезапному повышению ВЧД и ухудшению состояния. Субдуральная чрескожная пункция или наружный субдуральный дренаж позволяют снизить давление, если позволяет вязкость скопления; однако существует риск заражения. Ни одна из этих процедур не приводит к рассасыванию гематомы, но может быть полезным временным методом. В исследовании 184 детей с субдуральными гематомами у детей в возрасте до 2 лет Melo et al. обнаружили, что, несмотря на эти процедуры, 82% и 50% детей, соответственно, нуждались в дальнейшем хирургическом вмешательстве из-за рецидивирующих/остаточных гематом. Шунты дают возможность отвести гематому, но опять же могут быть неэффективными, если сгусток толстый. Шунтирование в подпапневротическое пространство может быть использовано у детей в возрасте до 3 месяцев, так как оно исключает возможность вскрытия брюшной полости. У детей старшего возраста может использоваться шунтирование брюшины, как правило, с помощью бесклапанной системы для стимулирования дренирования. Частота осложнений при шунтировании в таких случаях составляет около 25%, включая риск рецидива субдуральной гематомы при удалении из-за фиксации проксимального катетера. Краниотомия обеспечивает немедленный доступ к субдуральному пространству и эвакуацию тромба, чтобы вновь пережить связанный с ним масс-эффект. Это также позволяет оценить поверхность головного мозга для определения и контроля любого источника кровотечения. Учитывая небольшой объем циркулирующей крови у новорожденных, риск кровопотери и смерти значителен. Если при визуализации будет выявлена основная причина кровотечения, немедленное хирургическое вмешательство может привести к катастрофическому кровотечению и привести к летальному исходу. Основная причина может потребовать лечения до хирургического лечения, например, коррекция лежащей в основе коагулопатии или аневризмы. Долгосрочные результаты для младенцев после нетравматической субдуральной гематомы трудно предсказать из-за небольшого количества зарегистрированных случаев с надежным последующим наблюдением. В случаях неслучайной травмы с субдуральной гематомой сообщаемая частота неврологической инвалидности составляет примерно две трети. Это может быть связано с диффузным характером поражения головного мозга. При субдуральных гематомах, связанных со случайной травмой, хорошие исходы наблюдаются у 45–56% пациентов. Винчон и др. сообщили о шестнадцати случаях симптоматических спонтанных/атравматических субдуральных гематом, отметив, что у двенадцати из них была идиопатическая макрокрания и у семи арахноидомегалия. Они предполагают идиопатическую макроцефалию/арахноидомегалию, а обезвоживание может лежать в основе некоторых случаев спонтанных субдуральных гематом. При среднем периоде наблюдения 21,2 месяца они сообщили об исходе по шкале Глазго 1 (нормальная жизнь) у 87,5%. Исходы были значительно лучше по сравнению с сопоставимой группой младенцев, перенесших травматические повреждения. В заключение, клинически выраженная субдуральная гематома является необычным состоянием в неонатальном



периоде. Подавляющее большинство из них связано с родовой травмой или несчастной травмой, которую необходимо легко заподозрить и оценить ее возможность в каждом конкретном случае. Однако существуют спонтанные субдуральные гематомы, и необходим тщательный поиск основной причины. Эти случаи сложны из-за неопределенности относительно оптимальной стратегии управления. Более того, существует ограниченное количество доказательств, позволяющих определить прогноз, поэтому в этих редких случаях тесное сотрудничество между участвующими междисциплинарными бригадами и лицами, осуществляющими уход за пациентом, является обязательным для выбора наилучшего лечения для конкретного ребенка.

Частота клинически выраженных субдуральных гематом у младенцев оценивается в 24,1/100 000. В то время как субдуральные гематомы могут возникать из-за перинатальной травмы, их возникновение после планового кесарева сечения (КС) и необходимость хирургического вмешательства крайне редки. Считается, что субдуральные гематомы (СДГ) возникают в результате медленного венозного кровотечения, как правило, из мостиковых вен на поверхности головного мозга, но патофизиологический процесс, вероятно, более сложен и остается не до конца изученным. Хотя они могут возникать в любом месте вдоль нервной оси, они классически присутствуют на выпуклости полушарий головного мозга, односторонне или двусторонне. Субдуральные гематомы, возникающие в перипартуальном периоде, почти всегда вызваны травмой при рождении и, как правило, бессимптомны. Действительно, МРТ сразу после родов показывает, что 8-46% младенцев имеют бессимптомные субдуральные гематомы. Симптоматические субдуральные гематомы встречаются гораздо реже, встречаясь у 16,5/100 000 младенцев в возрасте до 1 года. Хотя такие случаи были описаны после чрезвычайной/сложной CS, случаи после несложной факультативной CS крайне редки. Гематомы содержат разжиженную старую кровь, напоминающую «моторное масло», и, как правило, окружены внешней мембраной. Их проявление было впервые подробно описано в истории болезни Йоханом Дж. Вепфером в 1695 г. В то время как ХСДГ может иметь несколько этиологий, они классически проявляются после незначительной травмы головы с последующим увеличением гематомы из-за медленного кровотечения в течение нескольких недель, пока признаки и симптомы не станут очевидными.

К числу первоочередных задач перинатологии следует отнести совершенствование существующих и разработку новых методов диагностики состояния плода, наблюдения за особенностью его функций и систем, оценку диагностической значимости эхографического, кардиомониторного и других методов исследования, создание информационно-поисковых систем мать — плацента - плод - новорожденный для их использования в диагностических и прогностических целях. Назрела необходимость с новых позиций пересмотреть влияние родового акта и отдельных его осложнений на состояние плода. Перспективными представляются исследования, посвященные совершенствованию методов диагностики асфиксии и родовой травмы новорожденного.



Огромное значение, по мнению многочисленных авторов литературных источников, что в перинатальных исходах имеет интранатальная охрана плода. В настоящее время во всем мире отмечается «агрессивность» при ведении родов, выражающаяся в увеличении частоты кесарева сечения и в отсутствии разумного акушерского терпения при развитии некоторых осложнений, нередко - в необоснованно раннем вскрытии плодного пузыря. В свою очередь отечественными авторами утверждено, что в России частота операций кесарева сечения достигла 19,3%. Дальнейшее увеличение числа кесаревых сечений с целью снижения перинатальной смертности является неоправданным.

Крайне важно оценить потенциальные основные причины, такие как травма, коагулопатия, менингит, венозный тромбоз головного мозга, метаболические заболевания или структурные поражения (включая опухоли или сосудистые пороки развития). Если позволяет время, МРТ является наиболее полезным инструментом визуализации для устранения структурных причин.

Таким образом, подводя к концу наш литературный анализ можно прийти к единому мнению о актуальности этой проблемы в медицине в целом.

References:

1. Баев О.Р. Аномалии родовой деятельности у первородящих старше 30 лет / О.Р. Баев, В.С. Белоусова // *Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии*. -2005. Т. 4, № 1. - С. 5-10.
2. Мелашенко Татьяна Владимировна, Фомина Мария Юрьевна, Усенко Иван Николаевич, and Родионов Юрий Викторович. "Субдуральные гематомы у детей раннего возраста: клиничко-электрофизиологические особенности" *Педиатр*, vol. 10, no. 6, 2019, pp. 87-93.
3. Атласов В.О. Использование антигестагенов для индукции родов / В.О. Атласов, Н.А. Куликова, В.К. Ярославский // *Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России*. М, 2008 - С. 13-14.
4. Байбарина Е.Н. Организационные принципы выхаживания детей с экстремально-низкой массой тела / Е.Н. Байбарина, И.М. Цымлякова, З.Х. Сорокина // *Материалы 2-го регионального научного форума «Мать и дитя»*. Сочи, 2008. - С. 241.
5. Баранов А.А. Научные и практические проблемы Российской педиатрии на современном этапе / А.А. Баранов // *Педиатрия*. 2005. - № 3. - С. 47.
6. Антонов А.Г. Современная реанимационно-интенсивная помощь, новорожденным / А.Г. Антонов // *Медицинский вестник*. 2006. - № 22. — С. 11-12.
7. Hobbs C, Childs AM, Wynne J, Livingston J, Seal A. Subdural haematoma and effusion in infancy: an epidemiological study. *Arch Dis Child*. 2005;90:952-955. doi: 10.1136/adc.2003.037739.
8. Hogberg U, Andersson J, Squier W, Hogberg G, Fellman V, Thiblin I, Wester K. Epidemiology of subdural haemorrhage during infancy: a population-based register study. *PLoS One*. 2018;13:e0206340. doi: 10.1371/journal.pone.0206340.



9. Rigi M, Almarzouqi SJ, Morgan ML, Lee AG. Papilledema: epidemiology, etiology, and clinical management. *Eye Brain*. 2015;7:47–57.
10. Audu L, Mukhtar-yola M, Otunete A, Mairami A, Nwatah V, Mahmud M, Ugwuanyi C, Umar A. Unexplained massive subdural haematoma in a newborn delivered by elective caesarian section: a case report. *Niger J Paediatr*. 2015;43:234–236. doi: 10.4314/njp.v42i3.13.
11. Looney CB, Smith JK, Merck LH, Wolfe HM, Chescheir NC, Hamer RM, Gilmore JH. Intracranial haemorrhage in asymptomatic neonates: prevalence on MR images and relationship to obstetric and neonatal risk factors. *Radiology*. 2007;242:535–541. doi: 10.1148/radiol.2422060133.
12. Rooks VJ, Eaton JP, Ruess L, Petermann GW, Keck-Wherley J, Pedersen RC. Prevalence and evolution of intracranial haemorrhage in asymptomatic term infants. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2008;29:1082–1089. doi: 10.3174/ajnr.A1004
13. Whitby EH, Griffiths PD, Rutter S, Smith MF, Sprigg A, Ohadike P, Davies NP, Rigby AS, Paley MN. Frequency and natural history of subdural haemorrhages in babies and relation to obstetric factors. *Lancet*. 2004;363:846–851. doi: 10.1016/S0140-6736(04)15730-9.