

репродуктивного возраста, жительниц г. Хабаровска, можно сделать вывод о наличии характерных особенностей, отличающих их от жительниц средней полосы России. Наблюдается усиленное накопление алюминия, кадмия и свинца в индикаторной группе и более низкие, чем у матерей, концентрации токсичных элементов — алюминия, свинца и никеля в волосах новорожденных. Полученные данные позволяют сформулировать предположение о возможной роли плода в распределении токсичных микроэлементов в системе «мать — плод».

Обнаруженные нами особенности содержания токсичных микроэлементов в волосах здоровых женщин указывают на своеобразие элементного гомеостаза жительниц г. Хабаровска, могут быть использованы как региональная норма содержания токсичных микроэлементов в волосах здоровых женщин репродуктивного возраста и доношенных новорожденных и требуют проведения коррекции микроэлементного статуса путем элиминации избытка токсичных элементов

Л и т е р а т у р а

1. Агаджанян Н.А., Велданова М.В., Скальный А.В. Экологический портрет человека и роль микроэлементов. М., 2001. 88 с.
2. Алексеева О.П., Клеменов А.В., Гусева О.И. и др. // РМЖ. Т. 12, №1. 2004.
3. Артемьева Е.К., Сетко Н.П., Сапрыкин В.Б. и др. // Микроэлементы в медицине. 2004. №5(4). С. 1-3.
4. Витамины и минералы в современной клинической медицине. Возможности лечебных и профилактических технологий. / Под ред. О.А. Громовой. М., 2003. 56 с.
5. Ковальский Ю.Г., Сенькевич О.А., Сиротина З.В. и др. // Дальнев. мед. журнал. 2006. №3. С. 29-30.
6. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатникова А.Л. и др. // РМЖ. Т. 12, №1. 2004.
7. Косыкина Е.В., Бонашевская Т.И., Барков Л.В. // Гигиена и санитария. 1992. №2. С. 14-17.
8. Ларионова Т.К. // Медицина труда и промышленная экология. 2000. №4. С. 30-33.
9. Лобанова Ю.Н. // Вестник Оренбургского гос. ун-та. Прил. «Биоэлементология». 2002. №4. С. 51-52.
10. Мищенко В.П. // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. 1997. №6. С. 59.
11. Национальные стратегии преодоления недостаточности питания с точки зрения питательных микроэлементов: Мат-лы 89-й сессии Исполкома ВОЗ. Женева, 27 декабря 1991 г. Женева, 1991.
12. Онищенко Г.Г., Новиков С.М., Рахманин Ю.А. и др. Основы оценки риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду / Под ред. Ю.А. Рахманина, Г.Г. Онищенко М.: НИИ ЭЧи-ГОС, 2002. 408 с.
13. Сенькевич О.А., Сиротина З.В., Ковальский Ю.Г. и др. // Новые технологии в акушерстве и гинекологии: Сб. науч. тр. Дальневост. регион. науч.- практ. конф. Хабаровск, 2006. С. 126-129.
14. Скальный А.В., Быков А.Т., Серебрянский Е.П. и др. Медико-экологическая оценка риска гипермикроэлементозов у населения мегаполиса. Оренбург, 2003. 134 с.
15. Demidov V.A., Skalny A.V. // Микроэлементы в медицине. 2002. Т. 3. Вып. 3. С. 48-51.



УДК 618.532 - 053.31

Г.Ю. Ишпахтин

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

*Владивостокский государственный медицинский университет, г. Владивосток;
Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, г. Москва*

Основа перинатальной медицины — это признание плода полноправным пациентом, к которому применимы специальные методы диагностики, лечения и профилактики [1, 5]. Степень выраженности резервных возможностей плода определяется не только генетическими факторами, но и обстоятельствами внутриутробного развития [2]. Современные научные исследования и результаты практического здравоохранения накапливают факты того, что адаптационные резервы плода, а затем и

новорожденного в значительной мере зависят от характера предлежания плода [9, 10].

Цель исследования — изучить особенности развития новорожденных, родившихся в тазовом предлежании.

Проведен ретроспективный анализ течения родов у 9527 женщин в период с 1995 г. по 2005 г. в родильных домах г. Владивостока, в головном предлежании мертворожденных и умерших в раннем неонатальном периоде было 153 ребенка. Из них доношенных 611 (39,9%),

недоношенных 92 (60,1%), перинатальный показатель — 16,9%. Из 524 родов в тазовом предлежании мертворожденных и умерших в раннем неонатальном периоде было 19. Из них доношенных 8 (42,2%), недоношенных 11 (57,8%), перинатальный показатель — 36,2%.

Непосредственные причины потери плодов и новорожденных в перинатальном периоде, выявленные на основании патолого-анатомических исследований, можно свести к следующим симптомокомплексам: 1) асфиксия (внутриутробная и обусловленная пневмопатиями новорожденного); 2) инфекция внутриутробного плода и новорожденного; 3) пороки развития плода. Масса тела погибших доношенных детей, родившихся в тазовом предлежании, была равной 3250±180 г, а при головном предлежании — 3870±200 г ($p < 0,05$). Этот факт можно объяснить тем, что при наличии крупного плода в тазовом предлежании женщины своевременно родоразрешались путем операции кесарева сечения.

Перинатальная смертность за 10 лет при головном предлежании составила 17,0%, при тазовом предлежании — 36,0%. В 2003 г. перинатальная смертность при головном предлежании плода равнялась 10,0%, при тазовом — 23,0%. При тазовом предлежании дети чаще погибали интранатально и постнатально соответственно 42,1 и 48,0% соответственно, при головном предлежании плода — антенатально (40,2%) (табл. 1).

Чисто ягодичное предлежание среди перинатально погибших детей было констатировано в 63,6%, ягодично-ножное предлежание — в 18,5%, ножное — в 17,9% случаев.

Наши данные также свидетельствуют о том, что роды в тазовом предлежании представляют большую опасность и для плодов средней массы тела (табл. 2.). Различия в массе тела недоношенных детей группы Б (тазовое предлежание плода) (1700±90,0 г) и группы А (головное предлежание плода) (1510,0±60,0 г) оказалось статистически недостоверным ($p > 0,01$). Частота остальных причин в обеих группах была практически одинаковой (табл. 3).

Многие непосредственные причины, приведшие к смертности, имели сходный характер в обеих группах. Так, например, при головном и тазовом предлежании гибель плода и новорожденного часто была обусловлена асфиксией плода и врожденными аномалиями развития. На их долю приходится почти половина потерянных детей. Пути снижения перинатальной смертности от этих причин являются общими для обоих вариантов предлежания плода. Тщательный анализ историй родов свидетельствует о том, что резервы для улучшения этого показателя имеются. В трех случаях из каждых четырех обнаружены

Таблица 1

Периоды гибели плодов и новорожденных с учетом предлежания плода (M±mх, %)

Период смерти плода и новорожденного	Группа А (головное предлежание)		Группа Б (тазовое предлежание)		P
	абс.	%	абс.	%	
Антенатальный	62	40,2	4	9,9	>0,05
Интранатальный	37	24,8	7	42,1	0,001
Постнатальный	54	35,0	8	48,0	<0,01
Всего	153	100,0	19	100,0	-

Резюме

В статье представлен ретроспективный анализ развития новорожденных, родившихся в тазовом предлежании плода за последние 10 лет в родильных домах г. Владивостока. Выявлены изменения структуры перинатальной смертности, а также осложненное течение периода адаптации новорожденных, родившихся в тазовом предлежании. Предложены организационные и научно-практические пути решения проблемы.

G.Y. Ishpaktin

PECULIARITIES OF THE DEVELOPMENT OF A NEWBORN BORN IN PELVIC PRESENTATION

Vladivostok State Medical University, Vladivostok,
Research institute of gynecology and obstetrics, Moscow

Summary

Retrospective analysis of development of newborns born in pelvic presentation for the last 10 years at Vladivostok maternity hospitals is presented in the article. We have found out that perinatal mortality structure changes and, in addition, complicated course of neonatal adaptation period of newborns with pelvic presentation is observed. Organizational and scientifically proved methods were suggested to solve the problem.

недостатки в ведении беременных, страдающих гестозом, в женских консультациях или в стационарах. Наиболее часто встречающимися недостатками были следующие: 1) запоздалая диагностика гестоза; 2) неадекватная терапия гестоза; 3) длительное лечение без эффекта в условиях стационара; 4) неадекватная терапия ФПН, гипоксии и гипотонии плода.

Те или иные дефекты наблюдения за беременной и роженицей были зафиксированы во многих случаях потери детей: несвоевременного взятия на учет по беременности, невыявления группы риска по перинатальной патологии, недиагностированных тазовых предлежаний, несвоевременного выявления пороков развития плода. В группе детей, родившихся в тазовом предлежании, в 46,1% случаев в раннем неонатальном периоде развивались патологические состояния. В группе детей, родив-

Таблица 2

Структура причин ранней неонатальной смертности при тазовом предлежании в зависимости от массы плода (M±mх, %)

Причина смерти	Масса плода при рождении, г					
	2500-3000		3000-3500		3500 и более	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кровоизлияние в желудочки головного мозга	-	-	2	24,8	1	12,5
Синдром дыхательных расстройств	1	12,7	2	24,8	-	-
Пневмония	-	-	1	12,4	-	-
Аспирация	-	-	1	12,4	-	-
Асфиксия	-	-	-	-	-	-
Всего	1	-	6	-	1	-

Таблица 3

**Непосредственные причины перинатальной смертности
с учетом предлежания плода (M±mх, %)**

Причина смертности	Группа А (головное предлежание)		Группа Б (тазовое предлежание)	
	абс.	%	абс.	%
Асфиксия	85	55,5	8	42,0
Травма	14	9,2	3	15,7
Пороки развития	23	15,1	3	15,7
Инфекция	24	15,6	3	16,1
Гемолитическая болезнь	7	4,6	2	10,5
Итого	153	100,0	19	100,0

Таблица 4

**Особенности течения раннего неонатального периода
новорожденных с учетом предлежания (M±mх, %)**

Показатели состояния новорожденных	Дети, родившиеся в головном предлежании, n=8850		Дети, родившиеся в тазовом предлежании, n=505		P
	абс.	%	абс.	%	
Патологическая убыль массы тела	1575	17,8	232	46,1	<0,001
Синдром дыхательных расстройств	982	11,1	153	30,3	<0,01
Нарушение гемо- и ликвородинамики	787	8,9	131	26,1	<0,01
Инфекционные заболевания	389	4,4	58	11,5	<0,05

Примечание. p — степень достоверности различий между показателями сравниваемых групп.

шихся в головном предлежании, эти же патологические состояния возникали лишь в 17,8% случаев. При сравнительном анализе показателей состояния новорожденных в раннем неонатальном периоде установлены достоверные различия. В группе детей, рожденных в тазовом предлежании, патологическая убыль МТ наблюдалась чаще

в 2,6 раза (p<0,001), синдром дыхательных расстройств определялся чаще в 2,7 раза (p<0,001), нарушения гемо- и ликвородинамики возникали чаще в 2,9 раза (p<0,01), и уровень инфекционных заболеваний был выше в 2,6 раза (p<0,005), чем в группе детей, родившихся в головном предлежании. Эти наблюдения еще раз подчеркивают неблагоприятные влияния тазового предлежания на состояние здоровья новорожденных детей в раннем неонатальном периоде.

Таким образом, переход к внеутробной жизни в период адаптации у новорожденных, родившихся в тазовом предлежании, сопровождается снижением резервных возможностей. В связи с этим необходима разработка адекватного способа ведения беременности при тазовом предлежании.

Л и т е р а т у р а

1. Ажигалиева А.Ч., Поздеева И.В., Чимбаева Г.Н. // Факторы риска акушерской и гинекологической патологии. Ташкент, 1988. С. 19-21.
2. Дьяченко В.Т., Щепин В.О., Капитоненко Н.А. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ. Владивосток, 2000. С. 309.
3. Гуркин Ю.И. // Тазовое предлежание плода (клинико-морфологические параллели) / Под ред. Н.В. Кобозевой. Л., 1982. С. 70-74.
4. Кан Н.Е. Состояние внутриутробного плода и ранняя адаптация новорожденных в зависимости от пола и предлежания плода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2000. 23 с.
5. Катько Е.Н. Особенности течения раннего неонатального периода при рождении плода в тазовом предлежании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. 19 с.
6. Кобозева Н.В. Тазовое предлежание плода. Л., 1989. С. 96.
7. Сидорова В.С., Макаров И.О., Шешукова И.А. и др. // Акушерство и гинекология. 1999. №5. С. 32-35.
8. Стрижаков А.М., Игнатко. И.В. // Акушерство и гинекология. 2007. №5. С. 17-23.
9. Чернуха Е.А. // Актуальные вопросы патологии родов, плода и новорожденных. М., 2003. С. 85-94.

