

ЛИТЕРАТУРА

1. Ольбинская Л. И., Хапаев Б. А. Суточное мониторирование артериального давления в диагностике и лечении артериальной гипертензии: Руководство для врачей. М., 2000. 312 с.
2. Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В., Терещенко С. Н. и др. Клиническое значение суточного мониторирования артериального давления для выбора тактики лечения больных артериальной гипертензией // Кардиология. 1997. № 9. С. 98–104.
3. Оганов Р. Г. Успехи и проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в конце XX века. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. М., 2004. № 2. С. 3–5.
4. Мамедов М. Н. Руководство по диагностике и лечению метаболического синдрома / Под ред. акад. РАМН Р. Г. Оганова. М.: изд-во «Полиграф Холдинг – Мультипринт», 2004. 75 с.
5. Мамедов М. Н., Перова Н. В., Метельская В. А., Бритов А. Н., Шамарин В. М., Оганов Р. Г. Компоненты метаболического синдрома у больных с артериальной гипертензией // Кардиология. 1997. Т. 37. № 12. С. 37–41.
6. Машишев С. Н., Винокуров Б. Л. Управление системой реабилитации пациентов на курортах и ее медико-экономическая эффективность. Майкоп: Респ. изд. полиграф. пред. «Адыгея», 2003. 115 с.
7. Rizzoni D., Agabidi-Rosei E. Relationships of cardiac function and structure to blood pressure rhythms. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2000. Vol. 783. P. 159–171.
8. Willich S. N., Lowel H., Lewis M. et al. Association of wake time and onset of myocardial infarction: triggers and mechanisms of myocardial infarction (TRIMM) pilot study. Circulation, 2001. Vol. 84. P. 162–167.

M. V. NIKITIN

DYNAMICS OF THE METHODIC AND METHODOLOGICAL APPROACHES OF THE USE OF THE PHYSICAL NATURAL AND PREFORMATED SPA FACTORS OF KRASNODAR REGION IN THE MODERN SYSTEM OF PERFECTION OF THE PUBLIC HEALTH CHARACTERISTICS

In this study the real advantages of the use of the health centers of the family rest as an instrument for receiving of the positive dynamics of a number of the main characteristics of public health (morbidity, invalidity, temporary disability, etc.) of the Russian Federation population during the recent 3–5 years are proved.

Л. А. НИКУЛИН, А. В. ПОМОРЦЕВ, М. А. ЛИТВИНСКАЯ

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗЛИЧНОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС, кафедра УЗД ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета

Количество родов в тазовом предлежании за последние десятилетия остается неизменным: они наблюдаются в 3–3,5% случаев при доношенной беременности одним плодом [1, 3]. По данным акушерской клиники Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (НЦАГиП РАМН), частота тазового предлежания варьирует от 3,8 до 5,2%.

Роды в тазовом предлежании принято считать патологическими из-за большого числа осложнений у

матери и, особенно, у плода. Перинатальная смертность при тазовых предлежаниях в 3–5 раз выше, чем при головных [3, 11].

По данным Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, частота кесарева сечения при тазовом предлежании имеет тенденцию к росту. Так, количество оперативных родоразрешений выросло от 52,32% в 1985–1989 гг. до 84,93% в 1996 году. Несмотря на значительное увеличение числа

операций, частота асфиксии плода осталась на прежнем уровне, в то время как уровень грубого травматизма плода и его гибели снизился.

В исследовании [2] изучалось влияние способа родоразрешения на течение раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных различного гестационного возраста, родившихся естественным путем и родившихся путем кесарева сечения. Этими авторами установлено, что период ранней адаптации у недоношенных детей, родившихся в условиях осложненной беременности и через естественные родовые пути, по сравнению с родившимися путем кесарева сечения протекает менее благоприятно вследствие тяжелых гипоксически-ишемических поражений ЦНС, развития дыхательной недостаточности и артериальной гипотонии в первые сутки жизни. Частота летальных исходов в первые сутки жизни, родовой травмы, а также тяжелых гипоксически-ишемических поражений ЦНС в раннем неонатальном периоде у недоношенных, родившихся естественным путем, была достоверно выше при родах в тазовом предлежании [2, 9], что свидетельствует о неблагоприятном влиянии родоразрешения через естественные родовые пути на состояние плода при преждевременных родах. В то же время, по данным ряда авторов, нельзя рекомендовать абдоминальное родоразрешение при любых преждевременных и осложненных родах, расширение показаний к кесареву сечению оправдано лишь до определенных пределов [5, 6, 12].

В литературе широко дискутируется вопрос о целесообразности кесарева сечения при преждевременных родах в ягодичном предлежании. Одни авторы считают, что метод родоразрешения не влияет на частоту заболеваемости и смертности, которые определяются недоношенностью и незрелостью ребенка (13–15). Другие исследователи утверждают, что оперативное родоразрешение недоношенных детей в тазовом предлежании способствует значительному снижению не только смертности, но и частоты тяжелых неврологических осложнений и инвалидности у выживших детей (16–18).

По некоторым данным [19], при ягодичном предлежании плода плановое кесарево сечение сопряжено с меньшей перинатальной заболеваемостью и смертностью, чем плановое влагалищное родоразрешение.

Цели исследования – на основании вышеизложенного определить влияние способа родоразрешения (роды *per via naturalis* и кесарево сечение) на течение раннего неонатального периода у новорожденных детей различного гестационного возраста, родившихся в тазовом предлежании.

Методы исследования

Под наблюдением находилась 91 беременная с плодом в тазовом предлежании. Изучены анамнез, истории беременности и родов. Также были обследованы 91 новорожденный, родившийся в тазовом предлежании, с клиническим анализом неонатального периода и данных нейросонографии (НСГ). НСГ головного мозга проводилось на 5–7-е сутки жизни.

Клиническое обследование новорожденных в раннем неонатальном периоде на 5–7-е сутки жизни включало анализ дыхательной, сердечно-сосудистой систем, неврологического статуса. Проводились лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, определение величины гематокрита, содержания глюкозы в крови, показателей кислотно-основного состояния и газов крови. Ультразвуковое сканирование головного мозга осуществлялось через большой родничок секторальным датчиком 7,5 МГц в коронарной и сагиттальной плоскостях по общепринятой методике с помощью аппарата «Diagnostic Ultrasound System».

Клинические проявления гипоксически-ишемических и травматических поражений ЦНС различной степени тяжести оценивались в соответствии с классификацией Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (2000). Для оценки характера поражения ЦНС нами были проанализированы динамика показателей нейросонографии в течение первых 5–7 дней жизни. Анализ частоты и степени кровоизлияний в желудочки мозга по ультразвуковой картине осуществлялся по классификации [20, 11].

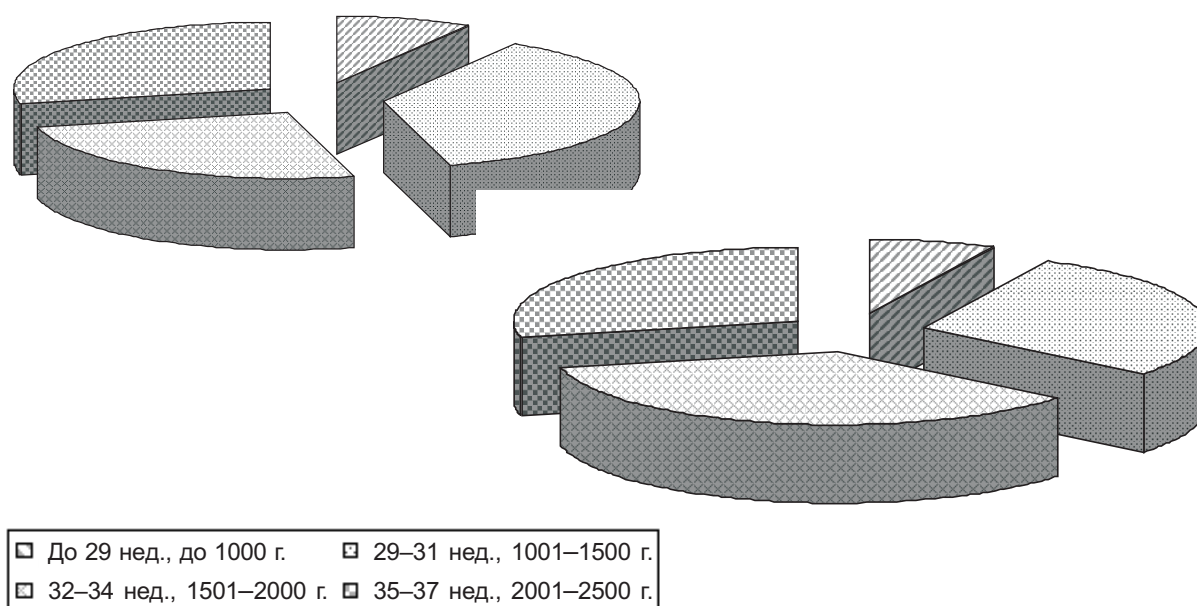


Рисунок 1. Распределение недоношенных детей (%) по сроку гестации и массе тела при рождении (а – роды *per via naturalis*, б – кесарево сечение)

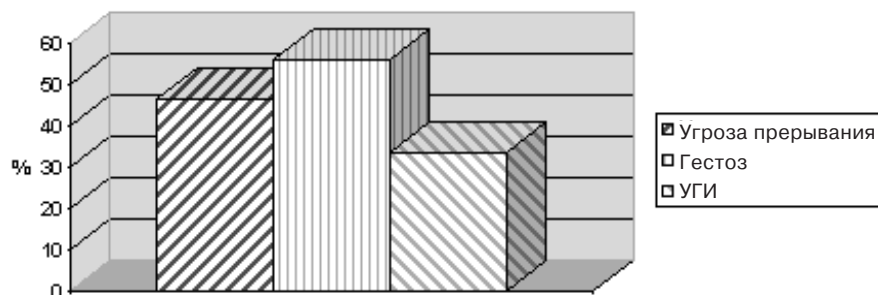


Рисунок 2. Особенности течения беременности (%)

Достоверность различий оценивали по Т-критерию Стьюдента для зависимых и независимых выборок.

На рисунке 1 представлено распределение недоношенных детей обеих групп по сроку гестации и массе тела при рождении. Оперативное родоразрешение проводилось по показаниям как со стороны матери, так и со стороны плода.

Все дети (91 человек) в зависимости от способа родоразрешения были разделены на две группы: 1-я группа – доношенные дети (роды per via naturalis – 30 детей и кесарево сечение – 12 детей); 2-я группа – недоношенные дети (роды per via naturalis – 35 человек, оперативное родоразрешение – 14 детей).

Результаты исследования

Анализ клинико-анамнестических данных историй беременности и родов не показал существенных различий между двумя группами. Установлено, что экстрагенитальная патология в виде хронических заболеваний почек, желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем встречалась у 72 (79%) женщин, урогенитальные инфекции (УГИ) (уреаплазмоз, микоплазмоз, хламидиоз и др.) наблюдались у 30 (33%), гинекологическая патология в виде миомы матки, седловидной матки, рубцовой деформации шейки, эндометриоза и т. д. была у 37 (40,6%) женщин, бесплодием в анамнезе страдали 4 (4,4%) женщины. Аборты проводились 44 (48,3%) женщинам, выкидыши были у 14 (15,4%), мертворожденные – у 2 (2,2%), умершие дети в неонатальном периоде – у 7 (7,7%).

Течение данной беременности осложнялось гестозом у 51 (56,0%) женщины в 1-й половине беременности и у 47 (51,6%) – во 2-й половине, у 42 (46,1%) – угрозой прерывания в различные сроки беременности (рис. 2). По данным УЗИ плода при втором и третьем скрининговых исследованиях признаки

урогенитальной инфекции (УГИ) (включения в околоплодных водах, много- и маловодие) встречались в 62,5% случаев.

Доношенные беременности были у 65 (33,6%) женщин, 26 (66,4%) женщин родили раньше срока (28–36 недель).

Через естественные родовые пути было родоразрешено 65 женщин, операцию кесарева сечения провели у 26 женщин. Из общего числа женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения, 11 человек прооперировано в плановом порядке, а 15 – по экстренным показаниям (отсутствие родовой деятельности в течение 2–3 ч после преждевременного излития околоплодных вод, отсутствие эффекта от родовозбуждения, слабость родовой деятельности, острая внутриутробная гипоксия плода и т. д.).

Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни представлена в таблице 1. Из таблицы видно, что тяжесть состояния детей при рождении во многом определялась способом родоразрешения и была более выраженной у всех детей, рожденных естественным путем. Так, если при рождении низкая оценка по шкале Апгар (0–6 баллов) отмечена у 63,3% доношенных и 91,4% недоношенных детей, рожденных через родовые пути, то после оперативного родоразрешения она наблюдалась у 41,6% доношенных и у 49,9% маловесных детей.

Если на 5-й минуте 71,4% недоношенных детей при естественных родах имели оценку по Апгар 0–3 балла, то после кесарева сечения только 42,8% детей (табл. 1).

При рождении детей в тазовом предлежании интранатально и в первые минуты жизни погибло 7 детей (7,7%). Из них 1 доношенный ребенок и 5 недоношенных детей из 1-й группы; во второй группе умер недоношенный ребенок. Количество смертельных исходов было достоверно выше среди новорожденных

Таблица 1

Оценка детей по шкале Апгар

Оценка детей по шкале Апгар на 1-й минуте							
Доношенные				Недоношенные			
Роды per via naturalis (n=30)		Кесарево сечение (n=12)		Роды per via naturalis (n=35)		Кесарево сечение (n=14)	
0–3 б	4–6 б	0–3 б	4–6 б	0–3 б	4–6 б	0–3 б	4–6 б
4 (13,3%)	15 (50,0%)	1 (8,3%)	4 (33,3%)	14 (40,0%)	18 (51,4%)	2 (14,2%)	5 (35,7%)
Оценка детей по шкале Апгар на 5-й минуте							
Роды per via naturalis		Кесарево сечение		Роды per via naturalis		Кесарево сечение	
2 (6,7%)	9 (30,0%)	1 (8,3%)	4 (33,3%)	7 (20,0%)	18 (51,4%)	1 (7,1%)	5 (35,7%)

1-й группы ($p < 0,05$). Летальность при асфиксии, тяжелых внутричерепных кровоизлияниях и отеке головного мозга также была значительно выше у детей первой группы.

Из таблицы 2 видно, что синдром общего угнетения, свидетельствующий о тяжести состояния, реже встречался у доношенных и недоношенных детей, рожденных путем кесарева сечения. Респираторный дистресс-синдром (СДР) при естественных родах имели 53,4% доношенных и 82,9% недоношенных детей.

Дети, рожденные путем кесарева сечения, имели СДР соответственно в 41,7 и 35,5% случаев. Сравнительный анализ установил, что во все дни периода ранней адаптации тяжелые поражения ЦНС преобладали у доношенных детей, рожденных через родовые пути. У маловесных детей эта тенденция была выражена в меньшей степени.

Всем детям на 5–7-е сутки была проведена нейросонография (табл. 3). Нормальная ультразвуковая картина наблюдалась при естественных родах лишь у 20% доношенных детей и отсутствовала у незрелых новорожденных, при рождении путем кесарева сечения она отмечена у половины доношенных и у 21,4% недоношенных детей.

При тазовом предлежании частота гипоксически-ишемических поражений головного мозга тяжелой степени и родовой травмы была достоверно выше у новорожденных после естественных родов, что подтверждает существующую точку зрения относительно преимуществ оперативного родоразрешения для недоношенного ребенка при этом виде предлежания.

Нормальная нейросонографическая картина чаще встречалась среди детей, родившихся путем кесарева сечения ($p > 0,05$). У новорожденных детей 1-й группы в течение 5–7-го дня жизни достоверно чаще выявлялись изменения эхогенности перивентрикулярных областей мозга, которые свидетельствовали о более тяжелом поражении головного мозга и угрозе развития перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ).

Кровоизлияния чаще встречались у детей в естественных родах – 59,6% по сравнению с оперативным родоразрешением – 30,9%. Особенно снизилось ко-

личество кровоизлияний в группе недоношенных новорожденных (табл. 3). По частоте развития внутрижелудочковых кровоизлияний 2–4-й степени отмечено достоверное уменьшение их в группе детей, рожденных путем кесарева сечения. Острый гипоксический отек мозга снизился в результате оперативного родоразрешения как у доношенных, так и у незрелых новорожденных по сравнению с родами *per via naturalis*.

Заключение

Таким образом, полученные результаты наших исследований показали, что период ранней адаптации как у доношенных, так и у недоношенных детей, родившихся в ягодичном предлежании через естественные родовые пути, по сравнению с родившимися путем кесарева сечения протекал менее благоприятно вследствие тяжелых гипоксически-ишемических поражений ЦНС (кровоизлияния, дилатация желудочков мозга, ПВЛ) с развитием неврологической симптоматики и дыхательной недостаточности. Частота тяжелых гипоксически-ишемических поражений ЦНС зависит от массы тела при рождении: чем меньше масса тела, тем чаще отмечались патологические изменения ЦНС. Частота летальных исходов, а также тяжелых гипоксически-ишемических поражений ЦНС в раннем неонатальном периоде у доношенных и недоношенных, родившихся в тазовом предлежании естественным путем, была достоверно выше, чем при оперативном родоразрешении. Это свидетельствует о неблагоприятном влиянии родоразрешения через естественные родовые пути на состояние плода при доношенной беременности и преждевременных родах.

Нейросонография должна занимать важное место в родильном доме среди методов диагностики поражений центральной нервной системы у доношенных и недоношенных детей, родившихся в тазовом предлежании. Этот метод позволяет своевременно выявлять такую патологию, как внутричерепные кровоизлияния и ишемические поражения головного мозга, ПВЛ и др., что важно для выбора правильной тактики лечения.

Таблица 2

Клинические варианты гипоксически-ишемического поражения ЦНС

Клинические проявления	Доношенные		Недоношенные	
	Роды <i>per via naturalis</i> (n=30)	Кесарево сечение (n=12)	Роды <i>per via naturalis</i> (n=35)	Кесарево сечение (n=14)
Неврологические				
Синдром:				
повышенной НРВ	5 (16,7%)	3 (25,0%)	2 (5,7%)	2 (14,2%)
угнетения	24 (80,0%)	8 (66,7%)	32 (91,4%)	5 (35,7%)
судорожный	2 (6,7%)	1 (8,3%)	5 (14,3%)	2 (14,2%)
гипертензионный	8 (26,7%)	4 (33,3%)	9 (25,7%)	1 (7,1%)
коматозный	1 (3,3%)	-	6 (17,1%)	2 (14,2%)
гидроцефальный	5 (16,7%)	-	5 (14,3%)	2 (14,2%)
сочетанный	10 (33,3%)	2 (16,7%)	15 (42,9%)	4 (28,5%)
Характер дыхания:				
тахипное	8 (26,7%)	2 (16,7%)	11 (31,4%)	2 (14,2%)
брадипное	3 (10,0%)	1 (8,3%)	5 (14,3%)	-
диспное	5 (16,7%)	2 (16,7%)	8 (22,9%)	1 (7,1%)
апноэ	-	-	5 (14,3%)	2 (14,2%)

УЗ-картина патологических изменений в каждой группе

	Доношенные		Недоношенные	
	Роды per via naturalis	Кесарево сечение	Роды per via naturalis	Кесарево сечение
Норма	6 (20,0%)	6 (50,0%)	-	3 (21,4%)
Незрелость структур	-	1 (8,3%)	10 (28,6%)	-
Перивентрикулярная ишемия	10 (33,3%)	2 (16,7%)	20 (57,6%)	3 (21,4%)
Кровоизлияния:	5 (16,7%)	2 (16,7%)	15 (42,9%)	2 (14,2%)
всего	3 (10,0%)	1 (8,3%)	3 (8,6%)	1 (7,1%)
1-й степени	1 (3,3%)	1 (8,3%)	7 (20,0%)	-
2-й степени	1 (3,3%)	-	4 (11,4%)	1 (7,1%)
3-й степени	-	-	1 (2,9%)	-
4-й степени	-	-	-	-
Дилатация желудочков	7 (23,3%)	2 (16,7%)	13 (17,1%)	3 (21,4%)
Симметричная	3 (10,0%)	1 (8,3%)	4 (11,4%)	1 (7,1%)
Асимметричная	4 (13,3%)	1 (8,3%)	9 (25,7%)	2 (14,2%)
ПВЛ	-	-	7 (20,0%)	-
Псевдокисты	-	1 (8,3%)	4 (11,4%)	-
Отек мозга	11 (36,7%)	2 (16,7%)	11 (31,4%)	2 (14,2%)
Расширение прозрачной перегородки	-	-	1 (2,9%)	-
Расширение межполушарной борозды	-	-	1 (2,9%)	-
Сосудистая гипертензия	4 (13,3%)	4 (33,3%)	6 (17,1%)	-

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К. Акушерство. СПб: Специальная литература. 1998.
2. Болоткова Р. А., Рюмина И. И., Кузнецов В. П. Влияние различных способов родоразрешения на течение периода ранней адаптации у недоношенных новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии. № 6, 2003.
3. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П. Акушерство. М.: Литера; Ростов н/Д: Феникс, 1998.
4. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. В. В. Митькова. М.: Видар, 1996.
5. Краснопольский В. И. Кесарево сечение. М., 1997.
6. Кулаков В. И., Чернуха Е. Л., Комиссарова Л. М. Кесарево сечение. М., 1998.
7. Пальчик А. Б., Шабалов Н. П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. СПб: Питер. 2000.
8. Чернуха Е. А. Беременность и роды при тазовых предлежаниях // Акушерство и гинекология. 1980, № 4.
9. Чернуха Е. А., Пучко Т. К. Тазовое предлежание плода. М.: Медицина, 1999.
10. Чернуха Е. А. Родовой блок. М.: Медицина, 1991.
11. Шабалов Н. П., Любименко В. А., Пальчик А. Б., Ярославский В. К. Асфиксия новорожденных. М.: МЕДпресс-информ, 2003.
12. Robson M. S. Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract. Res. Clin. Exp. Obstet. Gynaecol. 2001. Vol. 15. № 1. P. 179–194.
13. Kaplan B., Rahmawson D., Hirsch M. et al. Intrapartum management of the low-birth-weight breech fetus. Clin Exp Obstet Gynecol. 1995. Vol. 22. № 4. P. 307–311.
14. Shehata A. I., Haslman T. J. Decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. Int J Gynecol Obstet. 1995. Vol. 48. № 3. P. 261–267.
15. Ismail M. A., Nagib N., Jsmail T., Cibils L. A. Comparison of vaginal and cesarean section delivery for fetus in breech presentation. J Perinat Med. 1999. Vol. 27. № 5. P. 339–351.
16. Dietl J., Arnold H., Haas G. et al. Delivery of very premature infants: does the caesarean section rate relate to mortality, morbidity, or long-term outcome? Arch Gynecol Obstet. 1991. Vol. 249. № 4. P. 191–200.
17. Herbst A., Thorngren-Jerneck K. Mode of delivery in breech presentation at term: increased neonatal morbidity with vaginal delivery. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001. Vol. 80. № 8. P. 731–737.
18. Mukhopadhyay S., Arulkumaran S. Breech delivery. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2002. Vol. 16. № 1. P. 31–42.

19. Hannah M. E., Hannah W. J., Hewson S. A., et al. Planned caesarean versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Lancet 2000 // Hofmeyr G. J., Hannah M. E. Planned Caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2001.

20. Levene M. I., Gibson N. A., Fenton A. C. // Dev. Med. Child Neurol. 1990. Vol. 32. P. 567–574.

**L. A. NIKULIN,
A. V. POMORTSEV, M. A. LITVINSKAYA**

THE INFLUENCE OF VARIOUS WAYS OF DELIVERY ON CURRENT EARLY NEONATAL PERIOD OF NEWBORN IN VARIOUS GESTATION AGE, WAS BORN IN BREECH PRESENTATION

The purpose of research is the definition of influence of the way of delivery on current early neonatal period of newborn. The 91 newborn children was controlled under supervision in various gestation age, including 65 children was born by a natural way, and 26 children was born by Cesarean of section.

Is established, that the period of early adaptation at carried and prematurely was born in breech delivery through natural patrimonial ways, in comparison with was born by Cesarean of section have proceeded less favorably owing to heavy hypoxico-ischemical defeats CNS. The frequency of heavy hypoxico-ischemical defeats CNS depends on weight of the body at birth: less than weight of a body, the more often the pathological changes CNS. Lethal outcomes, also heavy hypoxico-ischemical defeat CNS in early neonatal period at carried and prematurely was born in breech presentation a natural way, were authentically above, than at operative delivery. It testifies to adverse influence delivery through natural patrimonial ways on a condition of a fetus at carried of pregnancy and premature sorts.