

Стан новонароджених при різних способах розродження

Н.С. Луценко, І.С. Соколовська

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Дослідження стану новонароджених залежно від методу розродження має актуальне значення для виокремлення найпоширенішої групи ускладнень. Основну групу народжених консервативно склали 60 дітей, групу порівняння склали 84 дитини, народжені в тазовому передлежанні, шляхом кесарева розтину, контрольну групу склали 25 дітей після фізіологічних пологів у сідничному передлежанні. Установлено, що діти, які народжуються консервативно в сідничному передлежанні, мають нижчу оцінку за шкалою Апгар. Травматичні ураження плечового поясу (плексит) спостерігалися у 7 (11,6%) дітей, народжених за допомогою класичної ручної методики. Ускладнення у новонароджених в групах кесарева розтину та природного розродження залежать від супутніх факторів нетравматичного генезу, адаптивних можливостей плода.

Ключові слова: новонароджений, спосіб розродження, ускладнення, ризик, дихальні порушення.

Сучасна акушерська наука та практика відіграють базову роль у формуванні та розвитку здорового суспільства, роблячи свій внесок ще на початку вагітності жінок, супроводжуючи їх до найважливішого моменту їхнього життя – пологів, та контролюючи пологовий акт задля того, щоб допомогти матері народжувати [1, 2], а дитині бути народженою з найменшими ризиками і, як наслідок, з найменшими ускладненнями. Підвищена настороженість лікарів щодо цих ускладнень набуває максимуму тоді, коли плід народжується в сідничному передлежанні [1, 3, 5]. І хоча в струк-

турі від загальної кількості пологів такий вид передлежань посідає лише 3–5%, частота ускладнень, яку зазначають деякі автори, сягає до 88% (Чернуха Е.А., Пучко Т.К., 2007; Катько Е.Н., 1994; Hall M., 1997, та ін.), залежно від типу ускладнення. За результатами досліджень науковцями були зроблені висновки про те, що частота вертебробазиллярних порушень та ехографічні ознаки гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС виявлялись майже в 1/3 дітей, народжених у сідничному передлежанні через природні пологові шляхи [5, 6], а діти, народжені завдяки операції, таких відхилень не мають, проте цей показник не був співставлений з перебігом вагітності та паритетом.

Мета дослідження: дослідити стан новонароджених в ранній неонатальний період при різних способах розродження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для того щоб з'ясувати, чи залежить стан новонародженого в неонатальний період тільки від способу розродження вагітної з сідничним передлежанням плода та чи є відмінності між об'єктивним станом дітей, народжених в сідничному передлежанні консервативно або оперативно, був проведений детальний аналіз даних, які фіксували неонатологи з моменту народження дитини, та подальшого спостереження під час перебування в пологовому будинку. Так, основну групу народжених консервативно склали 60 дітей, котрі порівнювали з групою дітей, народжених у тазовому передлежанні, шляхом кесарева розтину, – 84 дитини, та з

Таблиця 1

Розподіл за статтю плодів між групами (абс. число,%)

Стать новонародженого	Основна група, n=60		Група порівняння, n=84		Контрольна група, n=25	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Дівчата	43	71,6	19	22,6	17	68
Хлопчики	17	28,3	65	77,3	8	32

Таблиця 2

Розподіл новонароджених за шкалою Апгар на першій хвилині (абс. число, %)

Кількість балів	Основна група, n=60		Група порівняння, n=84		Контрольна група, n=25	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0
4	4	6,6	0	0	0	0
5	5	8,3	0	0	0	0
6	21	35	3	3,5	0	0
7	27	45	15	17,8	4	16
8	3	5	59	70,2	14	56
9	0	0	7	8,3	7	28
10	0	0	0	0	0	0

Примітка: статистичний показник (p) > 0,05.

Розподіл новонароджених за шкалою Апгар на п'ятій хвилині (абс. число, %)

Кількість балів	Основна група, n=60		Група порівняння, n=84		Контрольна група, n=25	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
2	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0
7	51	85	0	0	2	8
8	30	55	29	70,2	15	60
9	4	6,6	49	58,3	8	32
10	0	0	6	7,1	0	0

Примітка: статистичний показник (p) > 0,05.

контрольною групою дітей після фізіологічних пологів в сідничному передлежанні. Для порівняння використовували такі критерії: розподіл за статтю, оцінка за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилині після народження, наявність затримки фетальної рідини, наявність ознак наркотичної депресії новонародженого, наявність симптомів дихальних порушень, наявність порушень серцево-судинної діяльності, наявність ознак інфекційного ураження органів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати розподілу за статтю викладені в порівняльній табл. 1.

Розподіл згідно зі статтю відбувався таким чином, що переважна більшість дівчат була в групі консервативного розродження, що на 49% більше, ніж в групі кесарева розтину, де переважна більшість припадала на дітей чоловічої статі (77,3%). Вірогідно, це пов'язано з тим аргументом, що чоловіча стать плода є прогностично несприятливою, посилюючись на дані високого відсотку травмування органів калитки. У контрольній групі теж спостерігається нерівномірний розподіл між хлопчиками та дівчатками, складаючи різницю в 36% за більшістю дівчат.

Ще одним показником, який був проаналізований, є система швидкого оцінювання новонародженого за шкалою Апгар, на першій та п'ятій хвилині.

Результати одночасного порівняння між групами представлені в табл. 2.

Як видно з результатів оцінювання на першій хвилині, показники є досить варіабельними, так розкид показників в основній групі виявився на 2 більшим, ніж у порівняльній та контрольній групі, та показав, що 14,9% дітей, які народжуються в сідничному передлежанні мають досить низку оцінку за шкалою Апгар (4–5 балів). Тут слід зауважити те, що кількість балів була знижена за рахунок кольору шкіри, дихання та відсутності рефлексів.

Також суттєво відрізняється відсоткова кількість тих дітей, яким були виставлені 6–7 балів. 50% дітей основної групи отримали задовільну кількість балів, проте кількість дітей, які отримали 7 балів, на 27,2% більше, ніж в групі порівняння, та на 29% вище контрольної, і тільки 5% дітей, народжених в сідничному передлежанні через природні родові шляхи, отримали на першій хвилині 8 балів, що на 65,2% нижче, ніж після кесарева розтину, та на 51%, ніж після фізіологічних пологів. Тобто можна зробити висновок про те, що діти, які народжуються консервативно в сідничному передлежанні, мають нижчу оцінку за шкалою Апгар, ніж ті, що народилися оперативним шляхом.

Оцінювання на 5-й хвилині свідчить про те, що показник

достовірно змістився в бік високих оцінок, проте 85% плодів основної групи отримали 7 балів, 55% отримали 8 балів, в той час як в групі порівняння переважний показник 8–9 балів, що достовірно не відрізняється від контрольної групи (табл. 3).

Наявність ознак наркотичної депресії новонародженого не було документально зафіксовано в жодному випадку спостережень.

Важливим показником є наявність затримки фетальної рідини, тому що порушення нормального фізіологічного механізму кліренсу фетальної рідини, інтерстиційний легеневий простір новонародженого переповнюється, в результаті чого знижується розтяжимість легень, зберігається часткова обструкція дихальних шляхів. За рахунок цього збільшується частота дихання, розвивається гіпоксемія та ацидоз.

Ознаки затримки фетальної рідини були виявлені у 4 (4,7%) дітей групи порівняння. В інших групах цього ускладнення не було. Порушення функції серцево-судинної системи відбулося у 5 новонароджених, 3 з котрих відносяться до групи порівняння, 2 – до контрольної групи. Ці порушення були виявлені на 2-у та 3-ю добу життя та були спричинені незрошенням артеріальної протоки.

Слід зазначити, наявність ознак інфекційного ураження органів (пневмонія) у дітей основної групи – 3–5%.

Травматичні ураження плечового поясу (плексит) спостерігалися у 7 (11,6%) дітей. Усі вони були з ускладненням – за прокидання ручок I та II ступеня, які вивільнялись за класичною ручною методикою та потребували подальшого лікування в спеціалізованому стаціонарі. Травматичних уражень серед дітей двох інших груп не спостерігалось.

ВИСНОВКИ

1. Діти, які народжуються консервативно в сідничному передлежанні, мають достовірно нижчу оцінку за шкалою Апгар, ніж ті, що народилися оперативним шляхом.

2. Травматичні ураження плечового поясу (плексит) спостерігалися у 7 (11,6%) дітей, народжених за допомогою класичної ручної методики.

3. Ускладнення у новонароджених в групах кесарева розтину та природного розродження залежать від супутніх факторів нетравматичного генезу, адаптивних можливостей плода (ознаки внутрішньоутробного інфікування спостерігались у 8% та 5%, синдром затримки розвитку плода – 14% – в групі природного розродження).

Перспективи подальших наукових досліджень полягають у пошуку нових підходів до вирішення способу розродження жінок з сідничним передлежанням плода залежно від поєднання декількох можливих етіопатогенетичних факторів можливих ускладнень.

Состояние новорожденных при разных способах родоразрешения
Н.С. Луценко, I.C. Соколовская

Исследование состояния новорожденных в зависимости от метода родоразрешения имеет актуальное значение для определения наибольшей группы осложнений. Основную группу рожденных консервативно составили 60 детей, группу сравнения составили 84 ребенка, рожденные в тазовом предлежании, путем кесарева сечения, контрольную группу составили 25 детей после физиологических родов в ягодичном предлежании. Установлено, что дети, которые рождаются консервативно в ягодичном предлежании имеют низкую оценку по шкале Апгар. Травматические повреждения плечевого пояса (плексит) наблюдались у 7 (11,6%) детей, рожденных с использованием классической ручной методики. Осложнения у новорожденных в группе кесарева сечения и естественных родов зависят от сопутствующих факторов нетравматического генеза и адаптационных возможностей плода.

Ключевые слова: новорожденный, метод родоразрешения, осложнения, риск, дыхательные нарушения.

State new-born at the different methods of delivery
N.S. Lytsenko, I.S. Sokolovska

To study the state new-born in an early newborn period at the different methods of delivery. Methods and results. Basic group of children, children who were born through the birth canal made 60 persons, the comparison group (n= 84), in pelvic presentation, were born through a way caesarian sections, and control group of children after physiological births in breech presentation (n=25). It is set that children which give birth conservatively in breech presentation have a low estimation on the scale of Apgar. The traumatic damages of humeral belt (plekxitis) were observed for 7 (11,6%) children, bear with the use of classic hand method. Complications at new-born in group of caesarian section and natural births depend on the other factors of untraumatic genesis and adaptation possibilities.

Keywords: newborn, mode of delivery, complications, risk, respiratory disorders.

Сведения об авторах

Луценко Наталия Степановна – Запорожская медицинская академия последипломного образования, 69096, г. Запорожье, бул. Винтера, 20

Соколовская Ирина Сергеевна – Запорожская медицинская академия последипломного образования, 69096, г. Запорожье, бул. Винтера, 20. E-mail: irinasokolovskaya@list.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гайдуков С.Н., Ключ О.С., Резник В.А., Васильев В.В. Должен ли стать общепринятой практикой наружный профилактический поворот при тазовом предлежании плода // Журнал акушерства и женских болезней. – С.-Петербург, 2007. – Т. 56, Вып. 2. – С. 105–110.
2. Кан Н.Е. Состояние внутриутробного плода и ранняя адаптация новорожденных в зависимости от пола и предлежания плода // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 2000.
3. Мусаев О.Х., Мусаева К.О. Перinataльные аспекты тазовых предлежаний плода в зависимости от тактики ведения беременности и родов // Мат-лы IV Российского форума «Мать и дитя». – М., 2002. – С. 421–422.
4. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, Costa M, Lopez AD, Murray CJL. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. The Lancet. 2010; 375:1988–2008. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60703-9.
5. United Nations. Global Strategy for Women's and Children's Health. New York: United Nations; 2010. http://www.un.org/sg/hf/Global_StategyEN.pdf
6. Mukhopadhyay S., Arulkumaran S. Breech delivery // Best Pract. Neves J., Santos P.J., Azevedo I., Arteaga M.P., Cruz A.S., Pelvic Nkata M. Perinatal mortality in breech delivery. Trop. Doct. Nohe G., Hartmann W., Klapproth C.E. Fetalversion as ambulatory Res. Clin.Obstet. Gynaecol. – 2002. – V. 16, № 1. – P. 31–42. presentation // Acta Med.Port. – 1999. – V. 12, № 4–6. – P. 183–186. 2001. – V. 31, № 4. – P. 222–223. intervention // Geburtshilfe. Frauenheilkd. 1996. – V. 56, № 6. – P. 328–3307. – № 1. – P. 28–311. Pt1. – P. 28–32.

Статья поступила в редакцию 11.06.2015