

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

*На правах рукописи*

УДК: 618.5-089.888.61:616-083.98-053.31-07

АБДУЛЛАЕВА ДИНОРА НЕЪМАТОВНА

**РАННЯЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ИЗВЛЕЧЁННЫХ  
ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И СОСТЯНИЕ ИХ ЗДОРОВЬЕ В  
ПОЗДНЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

5А510206 – «Неонатология»

Научный руководитель:

к.м.н., доцент кафедры неонатологии

Гулямова Муяссар Абдусатторовна

Ташкент 2018

## АННОТАЦИЯ

Наблюдающееся в последние десятилетия увеличение частоты кесарева сечения (КС) диктует необходимость оценки влияния оперативного извлечения младенца на процессы его ранней и поздней адаптации. Состояния детей в периоде новорожденности в значительной степени обусловлено показаниями операции кесарева сечения, видом анестезии (многокомпонентная или регионарная), срочностью оперативного вмешательства, степенью доношенности и зрелости плода, состоянием плода непосредственно перед операцией, а также сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями у роженицы.

В данной работе было обследовано 60 новорожденных детей. Из них 30 новорожденных детей, родившихся путем планового кесарева сечения и 30 новорожденных детей, родившихся от матерей путем экстренной операции кесарева сечения.

Выявлены приоритетные факторы риска и показания оперативному родоразрешению матерям при экстренных операциях кесарева сечения и часто встречающихся сопутствующих патологий у новорожденных детей.

На основании проведенных комплексных клинико-лабораторных и инструментальных исследований выявлено особенности течения ранней постнатальной адаптации и структуру заболеваемости детей, родившихся от матерей путем экстренной операции кесарева сечения.

Установлено, что у новорожденных, родившихся от матерей путем экстренной операции кесарева сечения наблюдается чаще при поражении ЦНС гипоксически геморрагических поражений головного мозга с превалированием ВЖК II степени, чем у новорожденных, родившихся путем планового кесарева сечения у которых больше наблюдались гипоксически

ишемические поражение ЦНС с преобладанием церебральных ишемий I и II степени,

Учитывая напряженное течение процессов адаптации новорожденных, извлеченных путем экстренного КС, свидетельствует о необходимости выделения их в особую группу медицинского наблюдения. Рекомендовано выхаживания данных новорожденных осуществлять на основе единых принципов, включающих мероприятия, по созданию щадящих условий для ранней адаптации. Возможность отдаленных последствий особенностей неонатального периода новорожденных, диктует необходимость диспансерного наблюдения их в раннем возрасте по индивидуальному плану.

## АННОТАЦИЯ

Кейинги ўн йил давомида кесарча кесиш амалиёти ошиб кетиши, жаррохлик амалиётининг чақалоқ эрта ва кечки адаптация даврига тасирини чуқурроқ баҳолаш зарурлигини кўрсатади. Кесарча кесиш йўли орқали туғилган болаларнинг чақалоқлик даврдаги ахволи қуйдагиларга боғлиқ: кесарча кесиш амалиётига бўлган кўрсатмага, оғриқсизлантириш турига, кесарча кесиш амалиёти турига (тезкор, ёки режали) хомиланинг етилганлигига, хомиланинг кесарча кесиш амалётидан олдинги олдинги ахволига ва туғувчи аёлнинг экстрагенитал касалликларига боғлиқ бўлади. Ушбу ҳолатда 60 нафар чақалоқ ўрганилди. Уларнинг 30 нафарини режали кесарча кесиш амалиёти орқали туғилган, 30 нафари тезкор кесарча кесиш амалиёти орқали туғилган чақалоқларни ташкил қилади. Тезкор кесарча кесиш амалётларида оператив туғриққа кўрсатмалар ва устивор хавф омиллари аниқланди ва чақалоқларда тез-тез учрайдиган патологик ҳолатлар ўрганилди. Тезкор кесарча кесиш йўли орқали туғилган чақалоқларда режали кесарча кесиш йўли орқали туғилган чақалоқларга нисбатан чақалоқларнинг неврологик ҳолатининг ёмонлашиши бош миянинг гипоксик гемморогик шикастланиши ҳисобига кузатилади ва кўпинча қоринчалар ичига қон қуйилишининг II даражаси кўпроқ учрайди. Режали кесарча кесиш йўли билан туғилган чақалоқларда неврологик ҳолатнинг ёмонлашиши кўпроқ бош миянинг гипоксик ишемик шикастланиши ҳисобига кузатилади ва церебрал ишемия I ва II даражаси кўпроқ учрайди.

Тезкор кесарча кесиш йўли орқали туғилган чақалоқлар ташқи муҳитга (адаптация) мослашиши ўзига хос оғирроқ кечишини ҳисобга олган ҳолда уларни алоҳида тиббий назоратга олиш кераклигидан далолат беради. Уларнинг мослашиш учун барча қулай шароитларда эга бўлган алоҳида тадбирларни яратиш керак. Чақалоқларнинг неонотал даврида

кузатилиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш мақсадида уларини эрта диспансер кузатувида олиш керак.

### **Annotation**

Last decades the increase rate of observing cesarean sections (CS) dictates the necessity of influence evaluation for infant's operative taking out on the process of its early and late adaptation. The state of children in delivery period was caused by indices of cesarean section, kinds of anesthesia (multicomponent or regional), urgency of operative intervention, level of fetus being delivered at natural time and its maturity fetus' state just before operation, and, also accompanied extragenital diseases of parturient.

At given work 60 newborns were examined. Among them 30 infants were born by planned cesarean section and 30 newborns by urgent cesarean.

The priority risk factors and indices to operative delivery for mothers at urgent cesarean and often occurring associated pathologies at newborns were revealed.

On the base of taken complex clinical, laboratory and instrumental studies the peculiarities of course for early postnatal adaptations, and, child's morbidity structure, the infants, who was born from mothers by urgent cesarean section, were revealed. It was determined that the newborns being born from mothers by urgent cesarean, were more often observed the damage of CNS, hypoxic hemorrhagic damages of brain with prevail IVH (intraventricular hemorrhage) of II degree than the newborns who was born at the planned cesarean section, and, those who was observed hypoxic hemorrhage CNS with prevail cerebral ischemias of I and II degree. Taking into consideration the tense course adaptation process of newborns having been taken out by urgent CS witnessed on the necessity to separate them in special groups of medical control. It was recommended to take care of such patients, and, on the base of common principles to carry out the foster of given patients, and, to follow the measures on creation safe conditions for early adaptation. The possibility of late results for peculiarities of neonatal

period for newborns dictates the necessity of their dispensary observation in early age according to individual plan.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ .....</b>	<b>6</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>7</b>
<b>ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>	<b>12</b>
1.1. У страны, где дети здоровы, — великое будущее.....	
1.2. Статистические показатели и показание к операциям кесарева сечения.....	
1.3 Особенности ранней адаптации новорожденных извлечённых путем кесарева сечения	24
Выводы к I главе .....	42
<b>ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....</b>	<b>44</b>
2.1. Клиническая характеристика групп обследуемых пациентов.....	44
2.2. Методы исследования .....	47
Выводы к II главе .....	51
<b>ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ</b>	<b>53</b>
3.1. Характеристика акушерского анамнеза матерей обследуемых новорожденных детей	53
3.2. Особенности адаптации у новорожденных детей, родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения.	58
3.3. Спектр патологических состояний и течение позднего неонатального периода у новорожденных детей, родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения .....	69
Выводы к III главе .....	72
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>75</b>
<b>ВЫВОДЫ .....</b>	<b>78</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....</b>	<b>79</b>

<b>СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ .....</b>	<b>80</b>
<b>УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>	<b>82</b>

## СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АД -	артериальное давление
АН -	асфиксия новорожденного
ВВЛ -	вспомогательная вентиляция лёгких
ВГП -	внутриутробная гипоксия плода
ВОЗ -	Всемирная Организация Здравоохранения
ГИЭ -	гипоксическая – ишемическая энцефалопатия
ДС -	дыхательная система
ИВЛ -	искусственная вентиляция лёгких
КД -	кардио- респираторная депрессия
КС -	кесарево сечение
МЗРУз -	Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан
ОПН -	отделение патологии новорожденных
ОРИТ -	отделение реанимационной интенсивной терапия
ОША -	оценка шкалы Апгара
ПА -	перинатальная асфиксия
ПП -	перинатальный период
РДС -	респираторный дистресс синдром
ССС -	сердечно сосудистая система
НСГ. -	нейросонография
ТТН -	транзиторное тахипноэ новорожденных
ФР -	физиологические роды
ЦМВ -	цитомегаловирус
ЦНС -	центральная нервная система
ЧСС -	частота сердечных сокращений
ЭЭГ -	электроэнцефалограмм

5-ГДБ - Городская детская больница

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность:** Среди проблем, имеющих государственное медико-социальное значение, особо может быть выделена проблема охраны материнства и детства. Многогранность этой проблемы состоит в том, что она включает в себя комплекс, задач, определяющих качество здоровья население. В целях профилактики материнской и перинатальной смертности в последнее десятилетии наметилась отчетливая тенденция к расширению показаний для абдоминального родоразрешения (В.В.Ланцев2010)

Рост данного хирургического вмешательства произошел главным образом за счет показаний со стороны плода, причем значительная часть операций производится до начала родовой деятельности. Однако необходимо отметить, что расширения показаний к кесареву сечению в целях уменьшения перинатальной смертности оправдано лишь до определенных пределов. Согласно рекомендациям ВОЗ, уровень этого показателя должен быть не более 10%.

Несмотря на интенсивное изучение проблемы кесарева сечения в целом, ряд важнейших вопросов, касающихся абдоминального родоразрешения с точки зрения неонатолога, не получил должного решения.

Наблюдающееся в последние десятилетия увеличение частоты кесарева сечения (КС)диктует необходимость оценки влияния оперативного извлечения младенца на процессы его ранней и поздней адаптации. Показано, что адаптация детей, извлеченных операцией кесарева сечение, протекает более напряженно, чем у детей, родившихся естественным путем, что обусловлено отсутствием воздействия на плод физиологически необходимого биомеханизма родов и стрессовой реакции плода на роды. Помимо оперативного способа родоразрешения на состояние

новорожденного, извлечённого путём кесарева сечения, оказывают влияние множество факторов, из которых наиболее неблагоприятными являются недоношенность и незрелость плода, тяжесть акушерской и экстрагенитальной патологии, условия внутриутробного существования, предшествующие оперативному родоразрешению. (Ипполитова.Л.2010)

Состояния детей в периоде новорожденности и значительной степени обусловлено показаниями операции кесарева сечения, видом анестезии (многокомпонентная или регионарная), срочностью оперативного вмешательства, степенью доношенности и зрелости плода, состоянием плода непосредственно перед операцией, а также сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями у роженицы.

Данный вопрос актуален, так как дети, рожденные путем кесарева сечения, чаще испытывают нарушения адаптации, имеют более высокой уровень заболеваемости, высокий риск неонатальной смертности. Тяжесть состояние на момент рождения у детей, рожденных оперативным путем больше, перевод на второй этап выхаживания и в лечебные учреждения 3-го уровня чаще, чем при самостоятельных родах. Все это свидетельствует об особенностях детей, рожденных путем ОКС требующих специального комплекса мероприятий по выхаживанию таких новорожденных в ранний неонатальный период и дальнейшего индивидуального наблюдения.

Полученные многими авторами данные о течение раннего неонатального периода у новорожденных, извлеченных абдоминальным родоразрешением, довольно противоречивы и в большинстве своем выполнены с акушерских позиций. В научной и учебной медицинской литературе, директивных документах органов здравоохранения отсутствуют сведения об особенностях полиорганной адаптации детей, рожденных путем кесарева сечения с применением различных видов анестезиологического пособия, их дальнейшего развития, нет четких критериев прогнозирования

состояния детей, что влияет на процесс выхаживания и диспансерного наблюдения.

**Цель исследования:** Установить особенности ранней адаптации новорожденных извлеченных путём кесарева сечения с оценкой состояние их здоровье в позднем неонатальном периоде.

**Задачи:**

1. Выявить частоту и структуру показаний к операции кесарева сечение у новорожденных детей в исследуемых группах.
2. Изучить влияние кесарева сечения на состояние детей при рождении, частоту дисадаптации, заболеваемость в раннем неонатальном периоде.
3. Динамическое наблюдение за новорожденными детьми, извлеченных путём кесарева сечения в позднем неонатальном периоде в исследуемых группах.

**Материалы и методы исследования:**

Будет обследовано 60 новорожденных детей извлеченных путем кесарева сечение на базе 6 родильного комплекса, ГПЦ и 5детской больницы. Все новорожденные будут подразделены на группы:

группа- 30 новорожденных, родившихся путём экстренных операций К.С;

1- группа- 30 новорожденных, родившихся путём плановых операций К.С;

**Научная новизна.** Выявлены показания оперативному родоразрешению матерям при плановых и экстренных ОКС.

На оснований проведенных комплексных клинико-лабораторных и инструментальных исследований установлено влияние экстренных ОКС на степень перинатальных поражений головного мозга, которые характеризовались неблагоприятным течением с нарушением адаптации со стороны центральной нервной системы, дыхательными расстройствами, нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы и длительностью

тяжелого состояния в раннем неонатальном периоде, а так же несовершенством адаптивных реакций организма в позднем неонатальном периоде.

**Практическая значимость.** Напряженное течение процессов адаптации новорожденных, извлеченных путем КС, свидетельствует о необходимости выделения их в особую группу медицинского наблюдения. Рекомендовано выхаживания данных новорожденных осуществлять на основе единых принципов, включающих мероприятия, по созданию щадящих условий для ранней адаптации.. Возможность отдаленных последствий особенностей неонатального периода новорожденных, диктует необходимость диспансерного наблюдения их в раннем возрасте по индивидуальному плану.

**Опубликованность результатов исследования:** По данной магистерской диссертации было опубликовано 2 статьи и 3 тезиса.

**Объем и структура диссертации.** Материалы диссертации изложены на 92 страниц компьютерного текста. Состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, III глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Иллюстрации: 19 таблиц, 6 диаграмм. Библиографический указатель содержит 75 отечественных и 30 зарубежных источников.

## ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

### 1.1. У СТРАНЫ, ГДЕ ДЕТИ ЗДОРОВЫ, — ВЕЛИКОЕ БУДУЩЕЕ

Президент Республики Узбекистан Шавкат Мирзиёев при встрече с группой ведущих специалистов в сфере здравоохранения 5 января 2017 года сказал, что реформирование сферы здравоохранения является одним из важных направлений государственной политики. В нашей стране уделяется особое внимание дальнейшему совершенствованию системы здравоохранения, стимулированию труда медицинских работников, широкому внедрению современных технологий и методов лечения (2)

В своём выступлении Президент Республики Узбекистан Шавкат Мирзиёев ещё и ещё раз отмечает, что для того чтобы наш народ был доволен жизнью, прежде всего необходимо удовлетворить его потребности в качественных медицинских услугах.

В настоящее время кардинально изменился подход к подготовке медицинских кадров, который осуществляется на основе новых учебных планов и программ. Всё это способствовало тому, что за эти годы значительно снизились показатели материнской и младенческой смертности, укрепилось здоровье населения.

Последовательно продолжается системная работа, осуществленная под руководством Первого Президента нашей страны Ислама Каримова по повышению уровня и качества жизни народа, охране материнства и детства, воспитанию здорового гармонично развитого поколения, повышению качества медицинских услуг.

2017 год в нашей стране был Годом диалога с народом и интересов человека, который имел глубокий смысл. Ведь интересы человека в числе

первоочередных включают вопросы его здоровья, возможность полного доступа к современным медицинским услугам.

Связи, с чем на встрече соответствующим лицам были даны конкретные поручения, касающиеся дальнейшего развития сферы здравоохранения, повышения на уровень международных стандартов качества оказываемых медицинских услуг, широкого внедрения передовых образовательных технологий в процесс подготовки молодых специалистов, дальнейшего расширения сотрудничества с ведущими медицинскими центрами и учебными учреждениями мира, известными учеными и специалистами, и других актуальных вопросов.

О необходимости организовать отдельные поликлиники для девушек и женщин, говорил глава нашего государства. Ведь рождение здорового поколения — хозяев нашего завтрашнего дня — во многом зависит от здоровья женщин.

Когда речь идет о сфере здравоохранения, мы должны помнить одну истину: медицинские работники — это стражи нашего здоровья. Народ должен доверять им, а они — завоевать доверие народа, подчеркнул Шавкат Мирзиёев.

## **1.2. Статистические показатели и показание к операциям кесарева сечения.**

На протяжении последних 15-20 лет как в зарубежных странах, так и в России отмечается возрастание частоты кесарева сечения (КС) в 3-4 раза [4]. По данным ВОЗ, в Америке и Австралии 29-30% всех младенцев рождаются путем кесарева сечения. В Индии, Китае, Бразилии удельный вес операций кесарева сечения приближается к 40-50% [8]. В некоторых клиниках Турции частота кесаревых сечений достигает 70%. В России этот показатель составляет 17-18% ко всем родам[8].

Ряд авторов считают, что к показаниям операции к КС явились: рубец на матке-24,1 %, нарушения родовой деятельности – 22,5 %, клинический узкий таз – 12,2 %, аномальное расположение плода – 8,8 %, гестозы различной степени тяжести – 7 %, угроза гипоксии и асфиксии плода – 4,8 %, отслойка плаценты – 4,4 %, остальные 14,6 % приходятся на отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, выпадение петель пуповины, многоплодная беременность, ВИЧ и др. За этот период уровень плановых кесаревых сечений составил 35,7 % (116), соответственно на срочные операции приходится 64,3 % (209).

Считают, что немаловажное значение имеет риск родовой травмы плода, который послужил основанием для увеличения частоты кесарева сечения при недоношенной беременности до 84% в США и до 42% в Англии. А. Chojnacki et al. (1985) провели анализ 73 преждевременных родов за пятилетний период при тазовом предлежании плода и сроках беременности 32-36 недель с массой плода от 1501 до 2500 граммов. Из 73 женщин 21 беременная была родоразрешена путем операции кесарева сечения

В центре планирования семьи и репродукции проводили исследование о целесообразности применения кесарева сечения на ранних сроках беременности. Было выявлено, что целесообразно производить кесарево сечение в интересах плода с 28 недель и выше. Срок гестации при этом имеет большее значение, чем вес плода(7) . .

Последующее резкое расширение показаний к абдоминальному родоразрешению, которое наблюдалось в нашей республике с 1984 года, не привело к снижению перинатальных потерь. Возросло число женщин с рубцом на матке и, соответственно, резко увеличилась частота повторных КС по после операционному рубцу на матке.(7)

Данные исследований на большом клиническом материале (1119 наблюдений) убедительно показали, что рубец на матке является фактором высокого риска хронической фетоплацентарной недостаточности и развития

перинатальной патологии. Внутриутробное развитие плода в значительной мере зависит от состояния фетоплацентарной системы у женщины с рубцом на матке, места прикрепления плаценты. Послеоперационный рубец на матке явился фактором высокого риска задержки внутриутробного развития плода при случаях полного или частичного предлежания плаценты к послеоперационному рубцу на матке [2, 3]. Характерной особенностью физического развития данных новорожденных, родившихся у матерей с послеоперационным рубцом на матке, явилась задержка внутриутробного развития — большая частота абсолютно низких показателей массы тела новорожденных по отношению к гестационному возрасту и большой удельный вес младенцев с диспропорциями развития в виде дефицита массы по отношению к длине тела.

При полном или частичном предлежании плаценты к рубцу на матке возрастает также риск развития гипоксических состояний и асфиксии новорожденного, особенно при локализации рубца по передней стенке матки, несостоятельности рубца на матке. Наибольший риск развития асфиксии наблюдается при полном или частичном предлежании плаценты к несостоятельному рубцу на матке [2, 3]. Имеются сведения о достоверной разнице в показателях частоты заболеваний новорожденных при первом и повторном КС (7).

Результаты исследований свидетельствуют также о том, что наличие родовой деятельности и безводного промежутка до операции КС являются благоприятными факторами для плода и новорожденного. Риск развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденных, извлеченных кесаревым сечением, на фоне родовой деятельности и вскрывшегося плодного пузыря минимален [2, 3]. Плановое кесарево сечение у женщин группы риска до начала родовой деятельности и отхождения околоплодных вод следует расценивать как дополнительный фактор риска потенциальной

возможности развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденных [3].

Отчетливо прослеживается зависимость состояния новорожденных от степени доношенности/недоношенности. При таких показаниях, как предлежание и преждевременная отслойка плаценты, поперечное положение плода средние показатели оценки младенцев по шкале Апгар при рождении были наиболее низкими [2]. В первую очередь, это объясняется значительным числом недоношенных среди данной группы младенцев. Помимо этого, при поперечном положении плода нередко имеется предлежание плаценты или выпадение петель пуповины, что неблагоприятно влияет на состояние новорожденного.

При тяжелой экстрагенитальной патологии, явившейся показанием к абдоминальному родоразрешению, также отмечается повышенная частота асфиксии новорожденных среди недоношенных детей. Причиной этого, как правило, является тяжелая соматическая патология, вынуждающая прерывать беременность на ранних сроках [1].

### **1.3 Особенности ранней адаптации новорожденных извлечённых путем кесарева сечения.**

Наблюдающееся в последние десятилетия увеличение частоты кесарева сечения (КС) диктует необходимость оценки влияния оперативного извлечения младенца на процессы его ранней и поздней адаптации. По мнению многих авторов [4, 12], дети, извлеченные путем КС существенно отличаются от тех, кто родился через естественные родовые пути, и требуют пристального внимания. В большей степени это относится к детям, не испытавшим влияния регулярной родовой деятельности. Состояние детей, извлечённых при помощи КС до начала родовой деятельности, обусловлено следующим: отсутствием сократительной деятельности матки и влиянием

метода обезболивания на способность организма ребенка к адаптации к новым условиям существования. Приведенные в литературе данные многочисленных исследований указывают на то, что при КС, произведенном до начала родовой деятельности, адаптация новорожденных к внеутробной жизни происходит тяжелее, чем при самопроизвольных родах и КС, произведенном в первом периоде родов [4, 7, 12]. У этих детей, отмечается низкая возбудимость ретикулярной формации мозга, что является причиной торможения реализации первого вдоха. Ранний период их адаптации характеризуется напряжением функции многих систем организма [9].

Помимо оперативного способа родоразрешения на состояние новорожденного, извлеченного путем кесарева сечения, оказывают влияние множество факторов, из которых наиболее неблагоприятными являются недоношенность и незрелость плода, тяжесть акушерской и экстрагенитальной патологии, условия внутриутробного существования, предшествующие оперативному родоразрешению.

Дети, рожденные путем КС, имеют особенности, связанные с оперативным извлечением ребенка: это отсутствие механического сжатия грудной клетки плода и выдавливания фетальной жидкости, заполняющей легкие, что повышает риск развития дыхательной патологии и присоединения инфекции. Плод испытывает острую гипоксию и токсическое действие анестетиков, что ведет к нарушению процесса адаптации в раннем неонатальном периоде [8].

Литературные данные указывают на то, что при КС, произведенном до начала родовой деятельности, адаптация новорожденных к внеутробной жизни происходит сложнее, чем при самопроизвольных родах и операциях, произведенных в первом периоде родов [2, 9]. Отмечается низкая возбудимость ретикулярной формации мозга, что является причиной торможения реализации первого вдоха. Ранний период их адаптации характеризуется напряжением функции многих систем организма [2, 3, 9].

В адаптации новорожденного к внеутробной жизни большую роль играет центральная нервная система. У новорожденных, извлеченных операцией КС, нормализация функционального состояния мозга происходит лишь к 9-10 дню жизни при условии рационального выхаживания. На электроэнцефалограммах (ЭЭГ) у этих новорожденных отмечаются поздняя активация биоэлектрических процессов головного мозга с появлением элементов ритмической деятельности, выраженная незрелость нейрофизиологических механизмов, ответственных за организацию циркадных ритмов сна, позднее становление реакции на афферентные раздражители, снижение порога судорожной возбудимости [7]. Все перечисленные изменения ЭЭГ указывают на функциональную незрелость и неустойчивость структур головного мозга у новорожденных, извлеченных операцией КС, в периоде неонатальной адаптации. Результаты ЭЭГ у детей, родившихся через естественные родовые пути, указывают на удовлетворительное и относительно стабильное состояние их мозговых структур с первых дней жизни, сопровождающееся морфологическим развитием и повышением функциональной роли коры к 4-5-му дню жизни [7].

Для новорожденных, родившихся с помощью операции КС, характерны большая частота задержки первого вдоха, аспирации околоплодными водами, наркотической депрессии в сравнении с новорожденными, родившимися через естественные родовые пути. Новорожденные, извлеченные путем операции КС, имеют более низкую оценку по шкале Апгар и, соответственно, чаще нуждаются в первичных реанимационных мероприятиях.(7)

Наблюдения показали, что гормоны стресса способствуют активации сурфактантной системы легких, мобилизуют энергетические ресурсы, обеспечивают обильное кровоснабжение сердца и головного мозга в первые минуты жизни новорожденного. По-видимому, этим можно объяснить

снижение адаптационных способностей новорожденных, извлеченных путем КС, проведенного до начала родовой деятельности. Происходит более поздний "запуск" реакций, направленных на острую адаптацию к новым условиям существования. Причиной этого является отсутствие необходимого физиологического влияния родовой деятельности на плод, обеспечивающей своевременный запуск компенсаторных реакций плода и наиболее оптимальное обеспечение перехода к внеутробному существованию [8, 9, 11].

У детей, извлеченных путем КС под общей анестезией, уровень ТТГ в артерии и вене пуповины был ниже, чем у появившихся на свет после самопроизвольных родов, а уровень тироксина в крови из артерии пуповины был ниже, чем в вене. У детей, рожденных после самопроизвольных родов, отмечалось обратное соотношение уровня тироксина при достоверно более высоких концентрациях гормона, что объяснялось активизацией гипофизарно-тиреоидной системы плода во время родов [14, 18].

В процессах постнатальной адаптации новорожденных активно участвует и система гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников. Из большего числа гормонов, выделяемых корой надпочечника, наиболее важное значение придается кортизолу [3, 12]. Повышение уровня кортизола во время родов свидетельствует о большой роли надпочечников плода во включении родовой деятельности. После самопроизвольных родов концентрация кортизола в крови пуповины в несколько раз выше, чем после КС, произведенного до начала родовой деятельности под общей анестезии, что объясняется отсутствием стимулирующего влияния со стороны надпочечников [3, 12, 16, 17].

В норме под влиянием родовой деятельности у плода развивается умеренно выраженный компенсированный метаболический ацидоз, который следует расценивать как реакцию на длительно существующую гипоксию у матери [3, 10]. Умеренный метаболический ацидоз плода в настоящее время

принято рассматривать не как патологическое состояние, а как своеобразное физиологическое условие его развития, связанное с особенностями обменных процессов. Уровень кислых продуктов обмена в крови плода всегда выше, чем в крови матери. Такая закономерность объясняется усилением процессов анаэробного гликолиза в условиях относительно низкого кислородного снабжения плода. Физиологический смысл данного явления заключается в повышении устойчивости плода к кислородному голоданию. При этом не выявляется повышения парциального давления кислорода, наблюдается снижение щелочных резервов. При физиологических родах рН крови выше 7,24, сдвиг рН от 7,24 до 7,2 расценивается как умеренный метаболический ацидоз; рН ниже 7,2 указывает на наличие декомпенсированного ацидоза, свидетельствует о дистрессе плода [6, 10]. При проведении КС, до начала родовой деятельности под общей анестезией происходит уменьшение парциального давления кислорода в крови плодов на фоне снижения значений рН по сравнению с таковыми у плодов после самопроизвольных родов [12].

Адаптация детей к новым условиям существования после применения эндотрахеального наркоза при КС снижена по сравнению с детьми после применения эпидуральной анестезии. Это связано с отсутствием наркотического влияния на плод и относительным токолизмом при эпидуральной анестезии, и проявляется меньшей выраженностью процессов перекисного окисления липидов, более адекватным выбросом стрессорных гормонов, более благоприятным течением процессов адаптации [5]. Доказываются преимущества эпидуральной анестезии перед эндотрахеальным наркозом для адаптации детей в неонатальном периоде.

При применении эндотрахеального наркоза отмечается снижение вариабельности частоты сердечных сокращений плода, что приводит, по-видимому, за счёт наркотической депрессии к рождению ребёнка с более низкой оценкой по шкале Апгар. При применении эпидуральной анестезии,

наоборот, наблюдается повышение variability частоты сердечных сокращений плода, вероятно, за счёт токолиза, что обуславливает более высокую оценку по шкале Апгар у новорождённых [5].

Кесарево сечение сопровождается большим процентом асфиксий при рождении не только у недоношенных младенцев, но и у доношенных новорожденных [1]. Наиболее вероятными причинами этого являются характер и тяжесть акушерской патологии, явившейся показанием к оперативному родоразрешению, депрессивное влияние на плод и новорожденного фармакологических средств, применяемых при анестезиологическом пособии, физиологическая неподготовленность новорожденного к внеутробному существованию вследствие выключения нормального биомеханизма родов [1, 2, 3].

Дети, рожденные с помощью операции КС, предрасположены к развитию транзиторного тахипноэ [11] новорожденного (ТТН). ТТН развивается в результате замедленной резорбции плодной внутрилегочной жидкости. Внутриутробно легкое секретирует 15 мл жидкости на 1 кг массы тела плода в час. Секрцию жидкости обеспечивает способность эпителия легкого выделять анионы Cl. Способность реабсорбировать катионы натрия и воду появляется только на поздних сроках внутриутробного развития. При родах через естественные родовые пути происходит резкое увеличение концентрации катехоламинов, благодаря чему увеличивается абсорбция натрия и в результате уменьшается количество жидкости в легких. При кесаревом сечении из-за отсутствия у женщины естественного родового напряжения концентрация катехоламинов у новорожденного остается низкой, что приводит к задержке жидкости в альвеолах У детей, рожденных через естественные родовые пути, при одинаковых объемах грудной клетки объем газа в грудной клетке составлял 32,7 мл/кг, а у рожденных с помощью кесарева сечения — 19,7 мл/кг [10]. У этих детей объем интерстициальной и альвеолярной жидкости был выше, чем у рожденных вагинально.

У ряда детей, извлеченных кесаревым сечением, сразу же после рождения обнаруживаются симптомы дыхательных нарушений — локальный и разлитой цианоз кожных покровов, слабый крик, неравномерное участие грудной клетки в дыхании, хрипы, нарушения со стороны сердечной деятельности, судороги. Характерными клиническими особенностями неонатального периода у младенцев при абдоминальном родоразрешении являются сравнительно большие потери и позднее восстановление первоначальной массы тела.(7)

В настоящее время, важное значение придается изучению периода ранней адаптации и формированию микробиоценоза кишечника новорожденных детей, извлеченных путем операции кесарево сечение (КС). Тяжелые генитальные и экстрагенитальные заболевания у женщин, особенно в сочетании с отягощенным течением беременности и родов, нарушают внутриутробное развитие плода и нередко создают показания для оперативного родоразрешения. Дети, рожденные в таких условиях, формируют группу повышенного риска по развитию дезадаптации, тяжелых дисбиотических состояний и реализации инфекционно-воспалительных заболеваний.

В раннем неонатальном периоде у детей наблюдается большая частота дисбиоза различных локализаций. Это связано с тем, что дети, рожденные оперативным путем, рождаются в стерильных условиях и состав формирующейся кишечной микрофлоры в основном определяется санитарно-гигиеническими условиями, в которых происходят роды. Кроме того, по тяжести состояния родильницы в послеоперационном периоде, испытавшей оперативное вмешательство, что имеет место позднего прикладывание младенцев, к груди матери. Эти дети не прикладываются к груди матери в первые минуты после рождения, а в последующем вскармливаются молоком матери, получающей антибиотикотерапию.

По этой же причине неизбежным является разобщенность ребенка с матерью, что, по современным представлениям, является одним из факторов риска в постнатальном развитии.

Колонизация кишечника новорожденного зависит от следующих факторов: микробного окружения (микрофлоры матери, бактерий окружающей среды и медицинского персонала), способа родоразрешения, использования отдельных препаратов, характера вскармливания. Важным источником формирования микрофлоры новорожденного является вагинальная и кишечная флора матери. Отмечено снижение колонизации кишечника наиболее часто встречающимися видами бифидо- и лактобактерий и нарушение обмена микробами между матерью и плодом, связанные с практикой родоразрешения, в результате которых ребенок может получить большую часть микробов не от матери, а из окружающей среды (кесарево сечение). (7)

Анализ полученных результатов зарегистрированных 3921 родов областного перинатального центра за 2005 год в группах новорожденных после операции КС (26,5%), по сравнению с детьми, рожденными естественным путем(73,5%), показал более высокую частоту дисбиозов кишечника на 12,8% (на ранних этапах транзиторного, а на последующих - сложные виды дисбактериозов); РДС 2 типа, возникших из-за задержки резорбции внутриальвеолярной жидкости (на 10,7%); чаще встречалась реализация внутриутробной инфекции (на 6,7%); перинатальных поражений на ЦНС (на 7,4%); респираторно-вирусной инфекции (на 12,5%); кишечной инфекции (на 9,2%), выше ранние неонатальные потери на 3,8%. Кроме того, рубец на матке является в дальнейшем фактором высокого риска развития внутриутробной задержки развития плода (выше на 11,3%). Диспепсические расстройства наблюдались у 23% детей (частые срыгивания, рвота, расстройства стула). Физиологическая убыль веса в этой группе детей составила в среднем 7,9%, с восстановлением до массы тела при рождении к

7 суткам; в то время как у детей, рожденных естественным путем только – 5,7%, с восстановлением – к 5 суткам жизни. Разработана программа предупреждения и коррекции нарушений адаптации таких детей, среди которых важными являются: вскармливание грудным молоком, адекватный уход, использование эубиотиков, иммунозаместительная терапия, использование сурфактантов, рациональная антибиотикотерапия и симптоматическое лечение.

Проводимая тактика, позволила значительно улучшить течение периода ранней адаптации и иммунологической резистентности, явилась профилактикой реализации инфекции (показатель гнойно-септической инфекции уменьшился с 13,8% до 7,1 %), сократить сроки пребывания детей в стационаре, быстрее нормализовать микробиоценоз

Особое место в проблеме КС занимает анестезиологическое обеспечение данной операции [5]. В современном акушерстве преимущественно используются два вида анестезиологического пособия: комбинированный эндотрахеальный наркоз и регионарная анестезия [2]. Каждый метод анестезии имеет свои показания и противопоказания, однако, до настоящего времени не определён вид обезболивания, удовлетворяющий всем требованиям, предъявляемым к анестезии при абдоминальном родоразрешении [2]. При этом любой способ обезболивания оказывает влияние на плод и способность организма ребёнка к адаптации к новым условиям существования.

В последние годы, с активным внедрением эпидуральной анестезии в акушерскую практику, стала появляться информация о преимуществах и недостатках того или иного метода обезболивания при КС. Однако многие вопросы, касающиеся влияния анестезиологического пособия на плод и течение адаптации новорождённых, остаются малоизученными.

Ряд авторов указывают, что у женщин, оперированных под эндотрахеальным наркозом, после премедикации и интубации происходит постепенное

уменьшение количества акцелераций плода. До начала анестезии акцелерации были в 84% случаях, после премедикации – только в 64%, после вводного наркоза – в 43,5%, после интубации – в 12,9%, что свидетельствует об ухудшении состояния плода. Однако средняя амплитуда медленных акцелераций до наркоза и после премедикации, вводного наркоза и интубации не изменилась. Тогда как у женщин, оперированных под эпидуральной анестезией, количество медленных акцелераций у плода увеличилось, при этом выросла длительность и амплитуда акцелераций. Данные о прогрессивном снижении вариабельности частоты сердечных сокращений плода, постепенном уменьшении количества акцелераций плода после вводного наркоза и интубации при применении эндотрахеального наркоза позволяют предполагать вероятность нарушения состояния плода под влиянием лекарственных веществ и различных манипуляций. Подобные изменения не были характерны для плодов, женщин, оперированных под эпидуральной анестезией. Это подтверждается более высокой оценкой состояния новорождённых от матерей при применении эпидуральной анестезии, после извлечения и более быстрыми процессами их адаптации к новым условиям существования.

Среди детей удовлетворительном состоянии на 7-е сутки жизни, рождённых от матерей, которым во время операции применялась ЭТН – 62% . У 9% новорождённых была диагностирована внутриутробная пневмония, у 9% - дискинезия желудочно-кишечного тракта, у отдельных детей – врождённый везикулёз, острая респираторная вирусная инфекция, конъюгационная желтуха. 9% детей родились в состоянии асфиксии лёгкой степени; на второй этап выхаживания было переведено 15,5% детей.

При плановых операциях КС с использованием спинальной анестезии в 20,6 % (24) случаев рождались дети, с оценкой по шкале Апгар на 1 минуте менее 6 баллов, тогда как при срочных оперативных родах этот показатель равен 31 % (65). Частота асфиксий Р(21) при плановых операциях составила 3,4 % (4),

тогда как при срочном вмешательстве этот показатель возрастает до 8,6 % (18), при спинальной анестезии случаев асфиксии вообще не отмечалось. Из проведенных 27 (8,3 % от всех кесаревых сечений) спинальных анестезий, только один ребенок получил оценку по шкале Апгар на 1-й минуте 6 баллов, что соответствует 3,7 %, все 27 операций проведены в плановом порядке. Количество случаев наблюдения статистически мало, но полностью подтверждает общеизвестный факт о региональной анестезии как анестезии выбора при операции кесарева сечения. Однако и такой вид анестезии не всегда является возможным при определенных акушерских ситуациях.

Среди детей, рождённых от матерей которым во время операции применялась ЭДА – 63% детей были выписаны на 7-е сутки жизни в удовлетворительном состоянии. У 6,6% новорождённых отмечалась конъюгационная желтуха, у 5,3% - внутриутробная нейроинфекция, у 5,3% - дискинезия желудочно-кишечного тракта, у отдельных детей – общий отёчный синдром, внутриутробная пневмония, острая респираторная вирусная инфекция. Диагноз лёгкой асфиксии при рождении был поставлен 20% новорождённых. На второй этап выхаживания переведено 24% детей. При извлечении плода у женщин с применением ЭТН, акушеры испытывали больше трудностей, нежели у женщин с применением ЭДА, что в 40% случаев было связано с недостаточной миорелаксацией роженицы во время операции. В реанимационных мероприятиях достоверно больше нуждались дети, рождённые от матерей у которых применялся ЭТН. У новорождённых от матерей, у которых был применён ЭТН показатель деструкции клеточных мембран (отражающий активность перекисного окисления липидов) был выше, что указывало на большую глубину дистресса плода и, соответственно, большую вероятность нарушения трофики и деструкции тканей [1].

#### **1.4. Заболеваемость и исходы у новорожденных извлечённых путем кесарева сечения.**

Дети, извлеченные путем операции КС, по совокупности сочетанных осложнений в перинатальном и неонатальном анамнезе, включая более низкую оценку по Апгар, имеют более высокий риск развития неврологической патологии, болезней органов дыхания, аллергических болезней. Пограничные состояния у них характеризуются затяжным течением, в ряде случаев с переходом в патологические симптомы и синдромы [2, 5], а болезни отличаются более тяжелым течением [8].

«Малые» формы гнойно-воспалительных заболеваний (конъюнктивит, ринит, омфалит), вызванных условно-патогенными бактериями, у детей, извлеченных операцией КС, отмечаются чаще в сравнении с детьми, рожденными через естественные родовые пути. Кроме того, у этих новорожденных достоверно чаще наблюдаются кандидоз слизистой полости рта и функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта [5], что свидетельствует о напряжении адаптационных процессов у детей, извлеченных оперативным путем.

Ряд авторов ( ) указывают, что количество детей, переведенных на 3ий уровень или в палаты интенсивной терапии соответствует 11,5 % при КС, в то время как при самостоятельных родах – 4,8 %. Тяжесть состояния детей при ОКС так же зависит от срочности оперативного вмешательства. При плановом КС нет детей, рожденных в тяжелом состоянии, а средняя степень тяжести отмечалась в 7,4 %. При срочной операции КС тяжелое состояние детей отмечалось в 3,7 %, а средняя степень тяжести на момент рождения отмечена в 14,4 %.

Среди детей, извлеченных путем операции кесарева сечения, умер 1 (4,7%), а при родах через естественные родовые пути — 16 (30,8%). У 25 (48%) детей при родах через естественные родовые пути наблюдалась асфиксия тяжелой и средней степени, при кесаревом сечении эта цифра составляла 4

(19%). В связи с этим авторы предлагают шире применять данную операцию при преждевременных родах.(7)

По мнению Lewis B. V. and Senevirante H. R. (1986), кесарево сечение при преждевременных родах и тазовом предлежании может на 50% снизить перинатальную смертность. Преимущества абдоминального родоразрешения у женщин с недоношенной беременностью и тазовым предлежанием показаны и в других исследованиях.

По данным отечественных и зарубежных авторов, дети, рожденные в сроки беременности от 22 до 25 недель, не выживают или в большинстве своем имеют крайне неудовлетворительные исходы.

Следовательно, возможности абдоминального родоразрешения на этих сроках беременности ограничены жизненными показаниями со стороны матери, наиболее частыми из которых являются дородовые кровотечения.

Исследование З. К. Сорокиной (2008) показывает, что при головном предлежании плода на сроке 22-27 недель проведение оперативного родоразрешения значительно увеличивает заболеваемость, на сроках 28-32 недели эта закономерность сохраняется только при многоплодной беременности, на сроках 33-37 недель — выживаемость одинакова как при родах через естественные родовые пути, так и при кесаревом сечении.

Некоторые авторы предлагают проведение абдоминального родоразрешения при всех преждевременных родах до 32 недель беременности в виду значительного снижения показателей детской смертности и инвалидности.

В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии (г. Москва), было проанализировано 96 преждевременных родов на сроках беременности 28-33 недели. Из них 17 были через естественные родовые пути, а 79 — путем операции кесарева сечения. Выявлено, что мертворождение наблюдалось у 7 (41%) при самопроизвольных родах и у 2 (1,9%) при оперативных, ранняя неонатальная смертность у 3 (30%) и 8 (7,9 %) соответственно.

В Центре планирования семьи и репродукции г. Москвы в 2005 году у 214 женщин кесарево сечение было произведено на сроке 28-37 недель (239 детей), из них у 50 женщин до 32 недель, у 48 женщин в 33-34 недели и у 116 женщин на сроках 35-37 недель. При оперативном родоразрешении масса плода до 1500 г была у 31 (13%) ребенка, до 2000 г у 60 (38,1%) и до 2500 г у 148 (61,9%) новорожденных. Перинатальная смертность недоношенных детей составила 48,7 %, а у доношенных 2,1%.

Наибольший процент новорожденных погибает при массе тела 1499 г, вне зависимости от метода родоразрешения.

Перинатальная смертность при кесаревом сечении колеблется, по данным различных авторов, в широких пределах, и, что заслуживает особого внимания, значительно превышает таковую при родоразрешении через естественные родовые пути [1]. Несмотря на существенные успехи в деле родовспоможения, перинатальная смертность при кесаревом сечении хотя и имеет тенденцию к снижению, но остается еще достаточно высокой. Нами [2, 3, 5] был проведен анализ соотношения показателей частоты кесарева сечения с показателями мертворождаемости, перинатальной и ранней неонатальной смертности в Республике Башкортостан за период 1976-2001 гг. Он показал, что возрастание удельного веса КС сопровождается снижением потерь новорожденных лишь до определенного уровня.

Часть исследований указывает на то, что при улучшении выживаемости, растет заболеваемость недоношенных детей. По данным А. К. Шаршенова с соавт. (2004), заболеваемость недоношенных новорожденных после кесарева сечения в 1,5 раза выше, чем у детей, рожденных через естественные родовые пути.

Организацию выхаживания данных новорожденных необходимо осуществлять на основе единых принципов, включающих мероприятия по созданию щадящих условий для ранней адаптации, профилактике дисбиозов, неспецифической коррекции иммунного статуса (раннее прикладывание к

груди матери, естественное вскармливание, рациональное питание матери).  
Возможность отдаленных последствий особенностей неонатального периода новорожденных, извлеченных операцией КС, диктует необходимость диспансерного наблюдения их в раннем возрасте по индивидуальному плану, предусматривающему контроль за физическим, психосоматическим развитием и качеством жизни.<sup>(7)</sup>

## ГЛАВА II МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Клиническая характеристика групп обследуемых пациентов.

Для решения поставленных задач, проводились исследования в период 2015-2018г. на базе 6 ГРК и 5-ГДБ. В ходе работы нами обследовано 60 новорожденных детей, родившихся путём кесарева сечения (КС) с гестационным возрастом 29–42 недели, все дети были разделены на две группы: I группу составили - 30 новорожденных, родившихся путём планового кесарева сечения, II группу - 30 новорожденных детей, рожденных путём экстренного кесарева сечения.

Анализ распределение детей по половому признаку представлено в таблице № 2.1.1.

Таблица №2.1.1

#### Характеристика новорожденных в зависимости от пола.

Количество	I группа n=30				итого		II группа n=30				Итого	
	Донош.		Недонош.				Донош.		Недонош.			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Мальчики	4	13	13	44	17	57	1	3	12	40	13	43
Девочки	3	10	10	33	13	43	2	6	15	51	17	57

Среди обследуемых новорожденных детей в первой группе, преобладали мальчики и их количество составило 57%. Причём, среди них большое количество составили недоношенные дети - 44% мальчики и 33% девочки.

Во второй же группе преобладало количество девочек и составило 57%, а мальчиков на 14% меньше и составило 43%. Также, среди них большое количество составили недоношенные дети - 40% мальчики и 51% девочки .

Таким образом среди обследуемых детей в первой группе преобладают мальчики , а во второй девочки и в обоих случаях большое количество составили недоношенные дети.

**Таблица №2.1.2**

**Характеристика новорождённых детей в зависимости от  
гестационного возраста**

Срок гестации	I-группа n=30		II группа n=30		Всего n=60	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
28-32 нед.	10	33	19	63***	29	48
33-37 нед.	13	44	8	27	21	35
38-40 нед.	7	23	3	10	10	17

Примечание:

\*\*\*-достоверность различий, данных между 1 и 2 группами  $P < 0,001$

В зависимости от гестационного возраста (табл. №2.1.2) среди обследуемых новорожденных наибольшую часть из них составили новорожденные с гестационным возрастом 28-32 недели (48%), что в 1,4 раза больше, чем новорожденных детей с гестационным возрастом 33-37 недель (35%) и в 2,9 раза новорожденные с гестационным возрастом 38-40 недель (10%). Среди детей I группы преобладало количество детей с гестационным возрастом 33-37 недель и составило -44%, с гестационным возрастом 28-32 недели

составило - 33%, а с 38 – 40 недель 23%, **Наибольшее количество новорожденных II группы составило с гестационным возрастом 28-32 недели -63%**, в 2,3 раза меньше с гестационным возрастом 33-37 недель -27% и единичное количество детей составили с гестационным возрастом 38-40 недель – 10%..

Сравнительная характеристика между группами показало, что наибольшее количество детей было с гестационным возрастом 33-37 и 38 - 40 недель среди детей I группы, при этом количество детей в возрасте 28-32 недели достоверно ( $P < 0,001$ ) больше наблюдалось среди детей II группы.

Среди обследуемых новорожденных (табл. №2.1.3) наибольшую часть составили новорожденные с массой тела при рождении 1499-1000 грамм (43%). Почти в четыре раз меньше наблюдались новорожденные с массой тела 4500-2500 грамм. 27% детей были с массой тела 2499 -1500 грамм. Основной контингент детей составили недоношенные дети в I и во II группах.

**Таблица №2.1.3**

**Характеристика новорожденных, рожденных путем операция КС, по весу при рождении.**

Масса тела при рождении (граммах)	I группа n=30				II группа n=30				Итого n=60			
	Донош.		Недонош.		Донош.		Недонош.		Донош.		Недонош.	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	abs	%	abs	%	Abs	%
4500-2500	4	20	4	14	3	10	2	7	9	15	6	10
2499-1500	-	-	10	33	-	-	6	20	-	-	16	27
1499-1000	-	-	10	33	-	-	16	16	-	-	26	43
< 900	-	-	-	-	-	-	3	10	-	-	3	5

В единичных случаях встречались дети с массой тела < 900 грамм, причем только в группе детей родившихся путем экстренного кесарева сечения составило 5%.

## **2.2. Методы исследования**

В ходе работы был проведен анализ анамнестических данных, новорожденных, родившихся путём планового и экстренного кесарева сечения. Изучали антенатальный и интранатальный анамнез их матерей

Проведена оценка по шкале Апгар – учет показателей ЧСС и ЧД, мышечный тонус, безусловные рефлексы, цвет кожи на первой и пятой минуте.

Общий клинический осмотр включающий:

внешний осмотр новорожденного ребенка: оценка кожных покровов и видимых слизистых оболочек, двигательную активность, мышечный тонус, осмотр и пальпация головы, размеры родничков и швов.

осмотр по системам: пальпацию, перкуссию и аускультацию с определением частоты дыхания и частоты сердечных сокращений ;

неврологический осмотр, оценка гестационного возраста и нейромышечной зрелости по Болларду, по шкале Апгар, исследование физиологических рефлексов новорожденных.

Антропометрия: ежедневное измерения массы тела на электронных весах.

Лабораторные методы исследования: Проведен общий анализ крови, общий анализ мочи и кала, биохимическое исследование крови: – определение общего, прямого, непрямого билирубина, общего белка, мочевины, креатинина, сахара, кальция.

Инструментальные методы исследования: Нейросонография головного мозга, R-графия грудной клетки по необходимости. Методы статистической обработки результатов исследования.

Полученные данные статистически обрабатывались на персональном компьютере Pentium-4 по программам, разработанным в пакете прикладных программ EXCEL с использованием библиотеки статистических функций с вычислением среднеарифметической ( $M$ ), среднего квадратичного отклонения ( $\sigma$ ), стандартной ошибки ( $m$ ), относительных величин (частота, %), критерий Стьюдента ( $t$ ) с вычислением вероятности ошибки ( $P$ ).

Различия средних величин считали достоверными при уровне значимости  $P < 0,05$ , с учетом указаний по статистической обработке данных клинических и лабораторных исследований.

#### **Вывод к II главе**

Обследовано 60 новорожденных детей, рожденных от матерей с кесаревом сечением. Все новорожденные подразделены на две группы: новорожденные родившихся плановым путем кесарева сечения и экстренным путем кесарева сечения. Было выявлено, что среди обследуемых детей большое количество составили девочки, причем в первой группе преобладали мальчики, а во второй девочки и в обоих случаях большое количество составили недоношенные дети. Среди обследуемых новорожденных детей большую часть составили новорожденные с гестационным возрастом 28-32 недели (48%) с массой тела при рождении 1499-1000 грамм (43%), причем среди детей I группы преобладало количество новорожденных с гестационным возрастом 33-37 недель (44%) с массой тела 2499 – 1500 грамм, а во II группе новорожденные с гестационным возрастом 28-32 недели (63%) с массой тела 1499 – 1000 грамм

## ГЛАВА III РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

### 3.1 Характеристика акушерского анамнеза матерей обследуемых новорожденных детей

Как видно из таблицы № 3.1.1, **возрастной аспект матерей, обследуемых новорожденных детей составил от 18 до 30 лет - 82%**, от 30 до 35 лет -18%. Среди матерей первой группы с высокой разницей превалировало число матерей, обследуемых новорожденных в возрасте от 18 до 30 лет, что составило-73%, а от 30 до 35 лет наблюдалось в 2,7 раз меньше-27%. Во второй группе также превалировало число матерей в возрасте от 18 до 30 лет-90%, наименьшей частотой встречались, роженицы в возрасте от 30 до 35 лет, что составило-10%.

#### Характеристика акушерского анамнеза матерей обследуемых новорожденных

Таблица № 3.1.1

Факторы риска	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Возраст матери:						
18-30 лет	22	73	27	90	49	82
35 лет	8	27	3	10	11	18
Кратность беременности:		50		33		41

I беременность	15		10		25	
II-III беременность	9	30	13	44	22	37
IV беременность	6	20	7	23	13	22
Выкидыш	9	30	12	40	21	35
Аборт	4	13	6	20	10	17
Мертворождение	3	10	4	13	7	12

При обследовании кратности беременности матерей новорожденных среди обследуемых групп наиболее часто встречались дети, родившиеся от I и II-III беременности-41% и 37%, родившиеся от IV беременности в 2 раза меньше -22% .

Среди обследуемых матерей новорожденных первой группы наибольшее количество составили первородящие - 50%, а рожденных от II-III и IV беременности встречалось в 1,6 и 2,5 раза меньше и составили 30% и 20%.

Во второй группе среди обследуемых новорожденных наиболее часто встречались дети, родившиеся от II-III беременности – 44 и первой 33%.. Меньшее количество новорожденных детей составило, рожденные от IV беременности -23%.

Также нами был проведен анализ акушерского анамнеза матерей обследуемых новорожденных. Было выявлено, что наиболее часто наблюдались выкидыши - 35%, 17% аборт и 13,3% мертворождение. В анамнезе матерей первой группы также были выявлены частые выкидыши-30%, на второй план выступали аборт 13% и в единичных случаях мертворождение--10%. Среди обследуемых второй группы на первый план

выступали выкидыши-40%, почти в 2 раза меньше встречались аборт-20% и у 13,3% женщин роды заканчивались мертворождением.

Сравнительная характеристика возрастного аспекта между группами показал, что преобладающее количество матерей в возрасте 18-30 лет составили женщины второй группы-55,1%, а до 35 лет в первой группе-72,7%. **Обследования кратности беременности матерей новорожденных показал, что среди матерей новорожденных детей в первой группе преобладало количество первородок -60% и IV беременности 53,8%, а во второй от II-III беременности 40%.** Сравнительный анализ акушерского анамнеза матерей обследуемых новорожденных показал, что наиболее часто встречались выкидыши у матерей новорожденных второй группы-57,1%, аборт-60%, мертворождение-57,1%.

Таким образом, среди обследуемых матерей новорожденных детей возрастной аспект их составило от 18 до 30 лет - 82%, как во второй (90%), так и в первой (73%) группах. При изучении кратности беременности матерей новорожденных было выявлено, что наиболее часто встречались дети, родившиеся от первой беременности -41%, чаще которые встречались среди матерей первой группы (50%), а во второй же группе – от II-III беременности-23%, Из акушерского анамнеза матерей выявлено, что наиболее часто встречались выкидыши - 35%, и в меньшей степени аборт-17% как в первой так и в второй группах.

Сравнительная характеристика возрастного аспекта между группами показал, что преобладающее количество матерей в возрасте 18-30 лет составили женщины второй группы-55,1%, а до 35 лет в первой группе-72,7%. **Обследования кратности беременности матерей новорожденных показал, что среди матерей новорожденных детей в первой группе преобладало количество первородок -60% и IV беременности 53,8%, а во второй от II-III беременности 40%.** Сравнительный анализ акушерского анамнеза матерей обследуемых новорожденных показал, что наиболее часто

встречались выкидыши у матерей новорожденных второй группы-57,1%, аборт-60%, мертворождение-57,1%.

За 4 года количество родов наблюдалось 22512. Из них 24% родов путём кесарева сечения.(диаграмма3.1). Среди абдоминального родоразрешения 62,8% - роды путём планового кесарева сечения и 37,2% - экстренным путём ( диаграмма3. 2)

Диаграмма3. 1

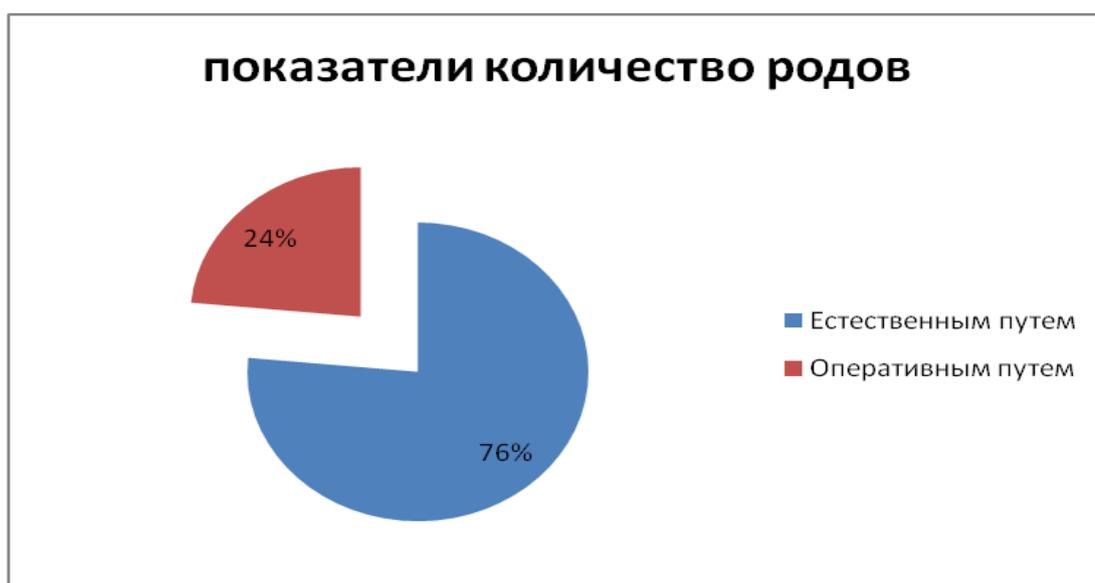
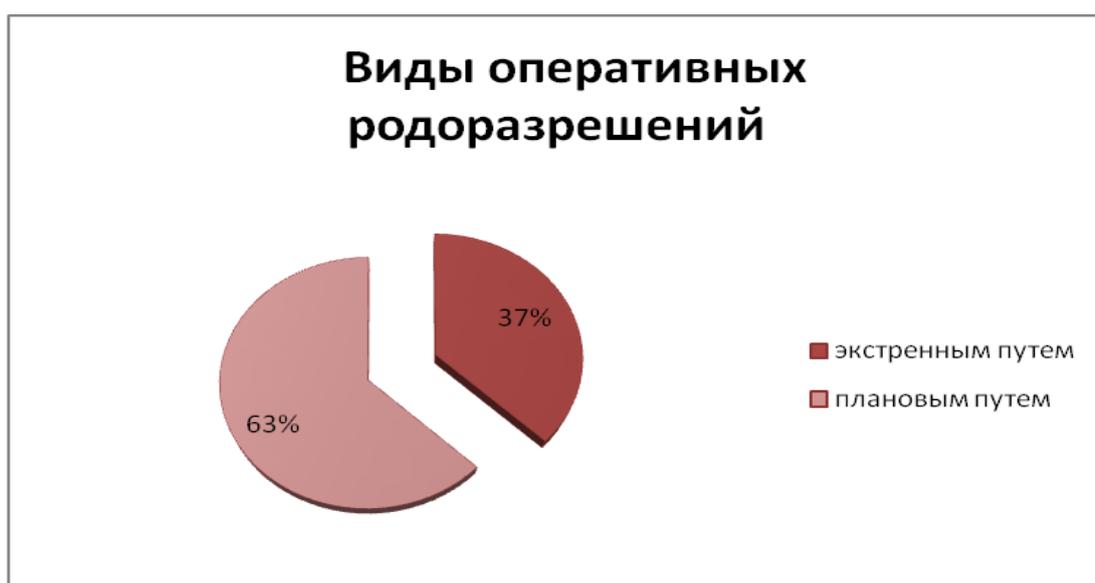
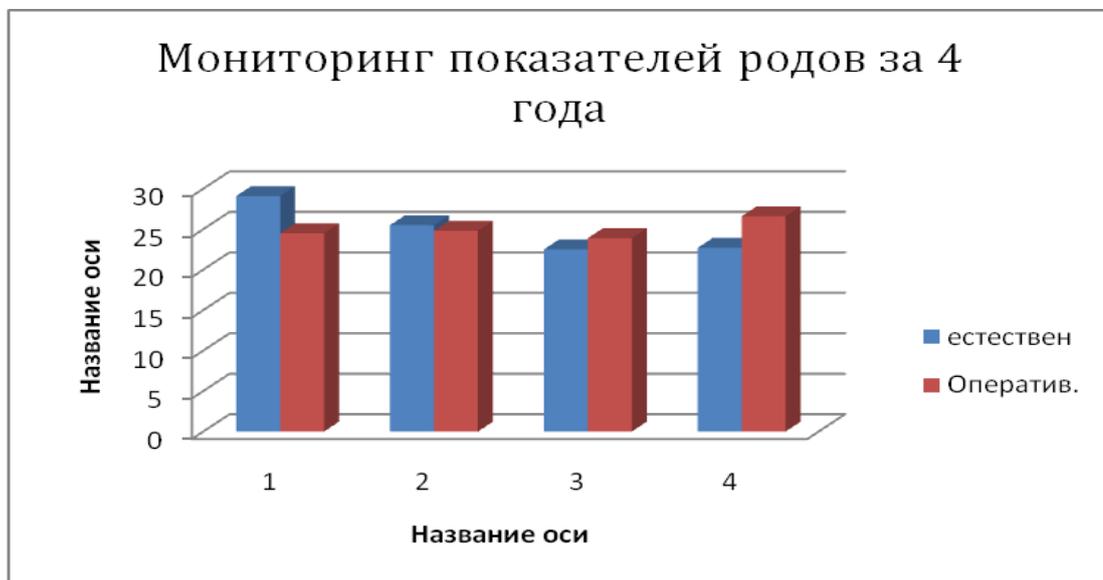


Диаграмма 3.2



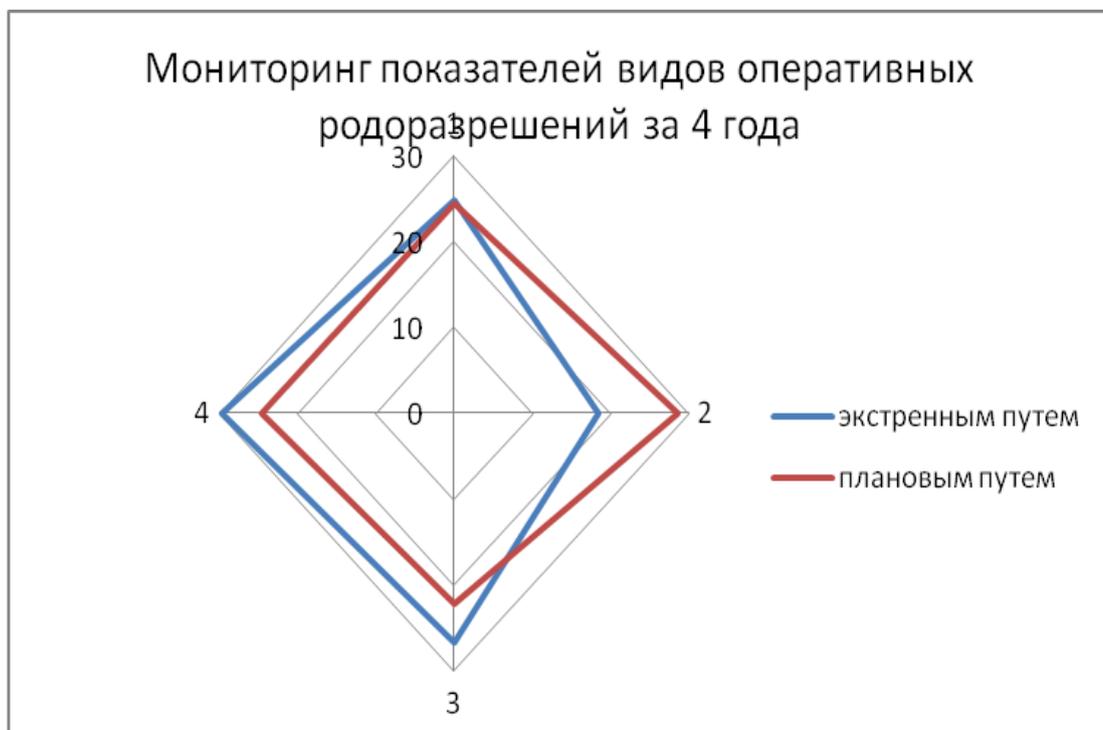
Анализ показателей родов за 4 года с 2014 по 2017 годы показало, что наблюдалось небольшое увеличение количество родов путём кесарева сечения до 26,6%.(диаграмма 3.3)

Диаграмма 3.3



Как видно из диаграммы 3.4 среди оперативных родоразрешений как видно увеличение количества последние годы оперативное родоразрешение экстренным путем до 29,8%.

Диаграмма 3.4



## Показания к оперативному родоразрешению

Таблица № 3.1.2

Показания	Общее количество П = 60		I группа П = 30		II группа П = 30	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
	Преждевременная отслойка плаценты	3	5	1	3,3	2
Рубец на матке	9	15	6	20	3	5
экстрагенитальные патологии	6	10	5	16,6	1	3,3
миопия – 5	5	8,3	5	16,6	-	-
ВПС	1	1,6	-	-	1	3,3
Гестоз (преэклампсия, эклампсия,)	11	18,3	4	13,3	7	23,3
многоплодная беременность	3	5	3	10	-	-

Ранние отхождения околоплодных вод	14	23	5	16,6	9	30
аномальное расположения плода	8	13	7	23	1	3,3
обвитие пуповины	12	20	4	13	8	26,6
ФПН-II ст.	16	26,6	7	23,3	9	30
Угроза гипоксии плода и асфиксии	7	12	2	6,6	5	16,6
Нарушение родовой деятельности	9	15	-	-	9	30

Как видно из таблицы 3.1.2 Наиболее частым показанием к оперативному родоразрешению явились ФПН-II ст -26,6%, ранее отхождение околоплодных вод – 23%, обвитие пуповины-20% ,гестоз (преэклампсия, эклампсия) -18,3% Немаловажное значение к показанию оперативному родоразрешению явилось-рубец на матке у рожениц-15% и нарушение родовой деятельности – 15% , в 2,3 раза неправильное расположения плода-13% и угроза гипоксии плода и асфиксии – 12%. В 2,6 раза меньше экстрагенитальные патологии (10%) - миопия-8%, ВПС 1,6%, в 3 раза многоплодная беременность 5% и преждевременная отслойка плаценты -5%. Среди показаний к оперативному родоразрешению у матерей новорожденных детей первой группы на первый план выступали ФПН II ст. - 23,3%, неправильное положение плода - 23,3%, особенно с ягодичным предлежанием – 10% , рубец на матке – 20% . В 1,3 раза меньшей частотой

встречалось раннее отхождение околоплодных вод -16,6% и экстрагенитальные заболевания – 16,6% ( с большей частотой встречалась миопия высокой степени – 16,6% , в 1,8 раза встречались обвитие пуповины 13 % и гестоз (преэклампсия, эклампсия) -13,3%, многоплодная беременность -10% .В единичных случаях угроза гипоксии плода и асфиксии – 6,6%. и отслойка плаценты -3% %.

Среди обследуемых матерей новорожденных детей второй группы абсолютным показанием к экстренным оперативным методом к родоразрешению явилось ФПН – 30%, раннее отхождения околоплодных вод – 30%, а также нарушение родовой деятельности – 30%. Немаловажное значение имело обвитие пуповины - 26,6%, гестоз (преэклампсия, эклампсия) -23,3% и угрожающая гипоксия плода и асфиксия – 16,6%. В единичных случаях рубец на матке – 5%, преждевременная отслойка плаценты -6,6% , экстрагенитальные патологии - 3,3%, среди которых на первый план выступала ВПС – 3,3%. , неправильное положения плода- 3,3%.

Анализ сравнительной характеристики показаний к оперативному родоразрешению у матерей новорожденных детей, явились ФПН – II степени в 1,2 раза большей частотой встречались во второй группе соответственно – 56,3% по сравнению с первой группой. Среди из наиболее часто встречающихся показаний к оперативному родоразрешению у матерей новорожденных детей второй группы явилось обвитие пуповины – 66,6% и раннее отхождение околоплодных вод - 64,2% по сравнению с первой группы в 2 раза. Немаловажное значение среди показаний к оперативному родоразрешению имели нарушение родовой деятельности, которая наблюдалась лишь среди матерей новорожденных детей второй группы – 100%, а также частота встречаемости гестозов в 1,4 раза было больше - и составило -71,3% , угрожающая гипоксия плода и асфиксия преобладала 2,4 раза – 71,4%., чем у матерей первой группы. В то время как среди матерей новорожденных детей первой группы экстрагенитальные патологии

наблюдались в 5 раз чаще и составили – 83,3%, в 2, раза чаще рубец на матке – 66,6%, в 7 раз больше аномалия расположения плода-87,5%, чем во второй группе.

Таким образом к наиболее частым показаниям к оперативному родоразрешению явились ФПН-II ст -26,6%, раннее отхождение околоплодных вод – 23%, обвитие пуповины-20% ,гестоз (преэклампсия, эклампсия) -18,3% Среди показаний к оперативному родоразрешению у матерей новорожденных детей первой группы на первый план выступали ФПН II ст. -23,3%, неправильное положение плода - 23,3%, особенно с ягодичным предлежанием – 10% , рубец на матке – 20% . Среди обследуемых матерей новорожденных детей второй группы абсолютным показанием к экстренным оперативным методом к родоразрешению явилось ФПН – 30%, раннее отхождения околоплодных вод – 30%, а также нарушение родовой деятельности – 30%. Немаловажное значение имело обвитие пуповины - 26,6%, гестоз (преэклампсия, эклампсия) -23,3% и угрожающая гипоксия плода и асфиксия – 16,6. Сравнительная характеристика обследуемых групп показало что наиболее часто наблюдалась ФПН – II степени у матерей во второй группе в 1,2 раза составило – 56,3% по сравнению с первой группой. Среди из наиболее часто встречающихся показаний к оперативному родоразрешению у матерей новорожденных детей второй группы явилось обвитие пуповины – 66,6% и раннее отхождение околоплодных вод - 64,2% по сравнению с первой группы в 2 раза. Немаловажное значение среди показаний к оперативному родоразрешению имели нарушение родовой деятельности, которая наблюдалась лишь среди матерей новорожденных детей второй группы – 100%, а также частота встречаемости гестозов в 1,4 раза было больше - и составило -71,3% , угрожающая гипоксия плода и асфиксия преобладала 2,4 раза – 71,4%., чем у матерей первой группы. В то время как среди матерей новорожденных детей первой группы экстрагенитальные патологии наблюдались в 5 раз чаще и составили – 83,3%,

в 2 раза чаще рубец на матке – 66,6%, в 7раз больше аномалия расположения плода-87,5%, чем во второй группе.

### Характеристика заболеваний матери во время беременности

Таблица № 3.1.3.

Заболевание матери во время беременности	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Экстрагенитальные заболевания:  ОРВИ	13	43,3	11	36,6	24	40
Гестоз	4	20	14	46,7	18	36
Анемия I-III степени	18	60	14	46,6	26	43
Эндокринопатии	5	16,6	2	6,6	7	11,6
Патологии ССС	2	6,6	2	6,6	4	6,6
Патологии дыхательной системы	2	6,6	4	13,3	6	10
Патологии желудочно-кишечного тракта	8	27	5	17	13	22
Патологии мочевыделительной системы	6	20	9	30	15	25

TORCH-инфекции	11	37	12	40	23	38.3
Гинекологические заболевания	8	27	11	37	19	32

По данным таблицы № 3.1.3, среди экстрагенитальных заболеваний матери во время беременности, обследуемых новорожденных наиболее часто встречались анемия I-III степени-43%, ОРВИ-40%, с меньшей частотой патологии мочевыделительной системы 25%, в 2 раза меньше заболевания со стороны ЖКТ-22%, и в 3,4 раза наблюдались патологии со стороны эндокринной системы-11,6%( сахарный диабет, диффузный ЗОБ), патологии дыхательной системы-10%, патологии ССС- 6%. 38,8% составили TORCH-инфекции и 32% составили гинекологические заболевания ( миома матки - 2% )

Среди экстрагенитальных заболеваний у матерей новорожденных детей первой группы преобладавало анемия-60% и ОРВИ-43,3%. В 1,7 раза меньше встречались патологии: со стороны ЖКТ-27%, в 2 раза меньше со стороны мочевыделительной системы – 20%, эндокринной системы – 16,6 % и в единичных случаях патологии дыхательной и ССС по 10%. 37,% составили TORCH-инфекции и 27% составили гинекологические заболевания

Во второй же группе у матерей обследуемых новорожденных среди экстрагенитальных заболеваний также преобладали анемия-46,6% и ОРВИ-36,6%. С меньшей частотой встречались патологии мочевыделительной системы- 30%, Почти 1,5 раза меньше наблюдались патологии со стороны ЖКТ- 17% и дыхательной системы-13,3%. В единичных случаях патология ССС- 6,6% и эндокринной системы-23,3%. 40% составили TORCH-инфекции и 37% составили гинекологические заболевания.

Сравнительная характеристика, обследуемых групп новорожденных показал, что с наибольшей частотой среди экстрагенитальных заболеваний матерей во время беременности наблюдалось анемия I-III степени в первой группе-69%, и 1,2 раза меньше во второй группе-31%. Частота встречаемости ОРВИ превалировало также среди матерей первой группы и составило-54%, а во второй группе - 46%. Эндокринопатии, патологии ЖКТ и мочевыделительной систем также преобладали среди матерей новорожденных первой группы и составили соответственно-71,4% и 61,5%. Необходимо отметить, что патологии со стороны мочевыделительной системы преобладали у матерей новорожденных детей второй группы в 1,5 раза и составило – 60%., а также гинекологические заболевания матери во время беременности – 57,8%, чем в первой группе. Одинаково часто встречались TORCH-инфекции в обеих обследуемых группах, однако гинекологические заболевания чаще наблюдались среди матерей второй группы и составило – 57,8%.

Таким образом среди экстрагенитальных заболеваний матери во время беременности, обследуемых новорожденных наиболее часто встречались анемия I-III степени - 43%, ОРВИ-40%, с меньшей частотой патологии мочевыделительной системы 25% которая превалировало среди матерей первой группы анемия-60% и ОРВИ-43,3%. В 1,7 раза меньше встречались патологии: со стороны ЖКТ-27%, в 2 раза меньше со стороны мочевыделительной системы – 20% Во второй же группе у матерей обследуемых новорожденных среди экстрагенитальных заболеваний также преобладали анемия-46,6% и ОРВИ - 36,6%. С меньшей частотой встречались патологии мочевыделительной системы - 30%. Генитальных патологий наблюдалось у 37% матерей. Сравнительная характеристика, обследуемых групп новорожденных показал, что с наибольшей частотой среди экстрагенитальных заболеваний матерей во время беременности наблюдалось анемия I-III степени в первой группе-69%, и 1,2 раза меньше во

второй группе-31%. Частота встречаемости ОРВИ превалировало также среди матерей первой группы и составило-54%, а во второй группе - 46%. Необходимо отметить, что патологии со стороны мочевыделительной системы преобладали у матерей новорожденных детей второй группы в 1,5 раза и составило – 60%., а также гинекологические заболевания матери во время беременности – 57,8%. чем в первой группе. Одинаково часто встречались TORCH-инфекции в обеих обследуемых группах, однако гинекологические заболевания чаще наблюдались среди матерей второй группы и составило – 57,8%.

### **3.2 Особенности течение периода адаптации у обследуемых новорожденных детей, родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения.**

Таблица №3.2.1

#### **Средние показатели оценки по шкале Апгар в исследуемых группах.**

Показатели	Количество новорожденных детей		
	I- Группа (n=30)	II-группа (n=30)	P
Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте (балл)	6,1 ±0,17	5,6± 0,17	<0,001
Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте (балл)	7,4 ± 0,13	7,2±0,17	<0,001

Как видно из таблицы № 3.2.1 оценка по шкале Апгар на 1-й минуте у новорожденных детей 2-й группы составила 6,1±0,17 баллов, а на 5-й минуте

5,6±0,17 баллов. У детей 1-й группы соответственно 7,4±0,13 и 7,2±0,17 баллов. Сравнительная оценка показателей по шкале Апгар в обследуемых группах показало, что наблюдалось достоверное снижение ( $P<0,001$ ) показателей на первой и на пятой минуте у новорожденных детей родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения.

**Таблица 3.2.2.**

**Характеристика оценки по шкале Апгар обследуемых групп.**

Показатели	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	abs	%	Abs	%
0-3 балл	1	3,3	3	9,9	4	6,6
4-6 балл	6	20	9	30	15	25
7-10 балл	23	76,6	18	60	41	68,3

При анализе общей характеристики оценки по шкале Апгар ( таблица 3.2.2.) обследуемых групп было выявлено, что большая часть детей родились с оценкой 7-10 баллов, что составило- 68,3%. В 2,7 раза меньше составили дети с оценкой 4-6 баллов по шкале Апгар и в незначительном количестве 0-3 баллов-6,6%. Среди новорожденных детей первой группы преобладало количество детей с 7-10 баллами-76,6%. В 3,8 раза меньше с оценкой 4-6 баллов- 20% и в единичном случае 0-3 балла - 3,3%. Во второй группе также большее количество детей были оценены по шкале Апгар 7-10 баллов- 60%,

в 2 раза меньше 4 - 6 баллов-30% и в не значительном количестве 0-3 баллов-9,9%

Сравнительная характеристика между группами показало, что число детей во второй группе низкими оценками по шкале Апгар 4-6 и 0-3 баллов было сравнительно больше и составило - 60% и 75% детей, чем в первой. Однако превалировало количество детей набравших детей 7-10 баллов в первой группе и составило 56%, чем во второй группе.

**Таблица 3.2.3**

**Частота встречаемости перинатальной асфиксии в группах исследования.**

Показатель	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Асфиксия	4	13,3	12	40	16	26,6
Кардиореспираторный дистресс синдром	5	16,6	8	26,6	13	21,6
Без признаков асфиксии	21	70	10	33,3	31	51,7

Из таблицы 3.2.3 видно, что среди обследуемых новорожденных наиболее высокой частотой родились дети без признаков асфиксии-51,7%, в 2 раза меньше с кардиореспираторным дистресс синдромом и с асфиксией соответственно 21.6% и 26.6% детей.

Среди обследуемых детей первой группы количества новорожденных с признаками асфиксии составило незначительное количество -13,3% и

кардиореспираторным дистресс синдромом – 16,6%, и наибольшее количество детей без признаков асфиксии. Во второй же группе количество детей было намного больше, детей с асфиксией - 40%.

Сравнительная характеристика исследуемых групп показало, что количество детей с признаками асфиксии в 3 раза преобладало среди новорожденных второй группы и составило-75%, чем в первой.

Таким образом сравнительная оценка показателей по шкале Апгар в обследуемых группах показало, что наблюдалось достоверное снижение ( $P < 0,001$ ) показателей на первой и на пятой минуте у новорожденных детей родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения. Большая часть детей родились с оценкой 7-10 баллов, что составило- 68,3%, как в первой так и во вторых группах. В 2,7 раза меньше составили дети с оценкой 4-6 баллов. Сравнительная характеристика между группами показало, что число детей во второй группе низкими оценками по шкале Апгар 4-6 и 0-3 баллов было сравнительно больше и составило - 60% и 75% детей, чем в первой, а количество детей набравших 7-10 баллов в первой (56%), чем во второй. Больше количество новорожденных детей родились без признаков асфиксии-51,7%, в 2 раза меньше с кардиореспираторным дистресс синдромом и с асфиксией соответственно 21.6% и 26.6% детей. У незначительное количество(-13,3%) детей первой группы наблюдалось асфиксия и кардиореспираторный дистресс синдромом( 16,6%), во второй же группе количество детей, с асфиксией( 40%) было намного больше.

Анализ данной таблицы 3.2.3. показал, что в период адаптации у преобладающего количества новорожденных детей физиологическая желтуха продолжалась в течении 20 дней и более и составило 53, 3%, до 10 дней у 28,3%. У 18,3% новорожденных длительность физиологической желтухи составило 5-7 дней.

Таблица 3.2.3.

**Длительность течения физиологической желтухи у обследуемых новорожденных детей в периоде адаптации, родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения .**

Клиническое течение	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	abs	%	Abs	%	Abs	%
До 7 дней	8	26,6	3	10	11	18,3
До 10 дней	8	26,6	9	30	17	28,3
20 дней	14	46,7	18	60	32	53,3

Среди детей I группы преобладали новорожденные с длительного физиологической желтухи до 20 дней и более, что составило 46,7%. В 1,7 раза меньше наблюдалось новорожденных с длительностью физиологической желтухи до 10 дней и до 7 дней по 26,6%. Во II группе у большинства новорожденных длительность физиологической желтухи длилась также до 20 дней и более и составило 60%, в то время как до 10 дней наблюдалось в 2 раза меньше и составило 30%, а до 7 дней у незначительного количества детей и составило-10%.

Сравнительная характеристика среди групп обследуемых новорожденных показало, что длительность физиологической желтухи до 7 дней наблюдалось у наибольшего количества детей среди новорожденных первой

группы (72,7%). Однако длительность желтухи до 20 дней наблюдалось чаще среди новорожденных второй группы, и составило 60%.

Таким образом наши исследования показали, что в период адаптации у преобладающего количества новорожденных детей физиологическая желтуха продолжалась в течении 20 дней и составило 53,3%, как в первой, так и во второй группах и составили соответственно 46,3% и 60%. Сравнительная характеристика среди групп обследуемых новорожденных показало, что длительность физиологической желтухи до 7 дней наблюдалось у наибольшего количества детей среди новорожденных первой группы (72,7%). Однако длительность желтухи до 20 дней наблюдалось чаще среди новорожденных второй группы, и составило 60%.

Таблица 3.2.4.

**Длительность течения транзиторного дисбактериоза кишечника в периоде адаптации у новорожденных, родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения**

Клиническое течение	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	abs	%	Abs	%	Abs	%
До 10 дней	21	70	10	33,3	31	51,7
До 15 дней	7	23,3	14	46,6	21	34
До 28 дней	2	6,6	6	20	8	13,3

Как видно из таблицы №3.2.4, что в периоде адаптации длительность транзиторного дисбактериоза кишечника у большинства новорожденных составляет до 10 дней (51,7%). В 2,5 раза меньше до 15 дней (34%) и 1,6 раза

(13,3%) до 28 дней. Среди новорожденных детей I группы у преобладающего количества (70%) детей имело место продолжительность транзиторного дисбактериоза до 10 дней. В 3 раза меньше наблюдался дисбактериоз длительностью до 15 дней и у незначительного количества (6,6%) новорожденных до 28 дней. Во II группе у подавляющего количества (46,6%) длительность дисбактериоза составил до 15 дней, что в 1,4 раза больше, чем до 10 дней (16,7%), и в 2,2 раза до 28 дней- 20%.

Анализ сравнительной характеристики продолжительности течения транзиторного дисбактериоза у обследуемых новорожденных показал, что у II группы длительность транзиторного дисбактериоза продолжалось до 15 дней и составило-66,6%, что в 2 раза больше и в 3 раза с длительностью дисбактериоза до 28 дней (75%), чем в первой. Однако количество детей с длительностью транзиторного дисбактериоза до 10 дней преобладало среди детей I группы и составили 67,7%, что в 2 раза больше, чем детей в во второй.

Таким образом, в периоде адаптации длительность транзиторного дисбактериоза кишечника у большинства новорожденных составляет до 10 дней (51,7%). В 2,5 раза меньше до 15 дней (34%), причем у новорожденных детей I группы у преобладающего количества (70%) детей имело место продолжительность транзиторного дисбактериоза до 10 дней., а во II группе до 15 дней (46,6%). Сравнительная характеристика продолжительности течения транзиторного дисбактериоза у обследуемых новорожденных показал, что у детей II группы длительность транзиторного дисбактериоза продолжалось до 15 дней и составило-66,6%, что в 2 раза больше (75%), чем в первой. Однако количество детей с длительностью транзиторного дисбактериоза до 10 дней преобладало среди детей I группы и составили 67,7%, что в 2 раза больше, чем детей в во второй.

Таблица 3.2.5

**Восстановления первоначальной убыли массы тела в периоде адаптации новорожденных, родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения.**

Клиническое течение	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	abs	%	Abs	%	Abs	%
6 день	6	20	3	10	9	15
8 день	4	14,4	2	6,6	6	10
10 день	10	33,3	6	20	16	26,6
Свыше 20 дня	10	33,3	19	63,3	29	48,3

Восстановление первоначальной убыли массы тела ( таблица 3.2.5) на 20 дни жизни (48,3%) наблюдалось у большего количества детей, а у незначительного количества на 6-ые (15%) и 8-ые (10%) дни жизни. Среди новорожденных детей I группы превалировало количество детей с восстановлением первоначальной убыли массы тела на 10 и 20 дни жизни в одинаковых количествах и составили по33,3%, в 12 раза меньше на 6 дни (20%), в 2,2 раза на 8 дни (14,4%). У большего количества детей II группы восстановление убыли массы тела наблюдалось на 20 (63,3%) и в 3 раза меньше на 10-ые (63,3%) и наименьше количество детей на 6 дни (10%).

Сравнительная характеристика восстановления первоначальной убыли массы тела между группами обследуемых новорожденных показало, что чаще восстановление первоначальной убыли массы наблюдалось среди

детей II группы на 20 дни жизни (65,5%) и наименьшее количество на 6 дни (33,3%), чем в I группе. У новорожденных I группы восстановление первоначальной убыли массы тела наблюдалось на 10 дни жизни (62,5%) и на 20 дни (34,5%).

Низкие величины первоначальной потери массы наблюдались преимущественно у детей, у которых отмечалась склонность к задержке жидкости (отечному синдрому). Большая потеря массы тела (более 10%) отмечена у новорожденных, матери которых страдали тяжелыми токсикозами беременных, а также у детей, извлеченных при повторном кесаревом сечении и при кровотечениях у матери (отслойка плаценты).

Таким образом, наши исследования показали, что восстановление первоначальной убыли массы тела наблюдалось среди обследуемых новорожденных в периоде адаптации у большего количества детей на 20 дни жизни (48,3%), как в первой (33,3%) так и во второй 20 (63,3%) группах. Сравнительная характеристика восстановления первоначальной убыли массы тела между группами обследуемых новорожденных показало, что чаще восстановление первоначальной убыли массы наблюдалось среди детей II группы на 20 дни жизни (65,5%), а в первой на 10 дни жизни (62,5%) и на 20 дни (34,5).

Таблица 3.2.6

**Характеристика некоторых показателей периода адаптации у обследуемых новорожденных, родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения.**

Показатели	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%

Проводилось ли реанимация	7	23,3	12	40	19	31,6
Кислородо Зависимость	8	26,6	14	46,6	22	36,6
Кувезное содержание	15	30	21	70	36	60
Нестабильность температуры тела	10	33,3	19	63,3	29	48,3

Анализ некоторых показателей периода адаптации у новорожденных детей показал, что у 31,6% обследуемых новорожденных были проведены реанимационные мероприятия. У 36,6% новорожденных наблюдалось кислородозависимость. Нестабильность температуры тела определялось у 48,3% и кувезное содержание у 60%. Среди новорожденных детей I группы 23,3% были проведены реанимационные мероприятия и 26,6% из них были кислородозависимые. В кувезом содержание среди обследуемых новорожденных нуждались 30%. Нестабильность температуры тела наблюдалось у 33,3% новорожденных детей. Во II группе 40% новорожденных детей имело место проведение реанимационных мероприятий и 46,6% из них были кислородозависимы. Нестабильность температуры тела наблюдалось в 63,3% случаев. В кувезе находились 70% новорожденных.

Сравнительная характеристика обследуемых групп показала, что реанимационные мероприятия проводились в большей степени среди детей II группы и составило - 63,1%. Кислородазависимость новорожденных преобладало среди новорожденных детей II группы – 63,6% и содержание в кувезе нуждались 58,3%, чем среди детей первой группы. Большая нестабильность температуры тела также наблюдалось среди новорожденных второй группы -65,5% по сравнению с первой.

Таким образом исследования показали, что у большей части детей проводились реанимационные мероприятия, они были кислородозависимы, у них наблюдались нестабильность температуры тела и находились в кувезе, которое преобладало среди детей II группы

**Таблица 3.2.7**

**Длительность пребывания новорожденных детей, рожденных от матерей путем экстренного КС в ОРИТ**

Койка дней в ОРИТ	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
До 5 дней	5	16,6	9	30	14	23,3
До 10 дней	6	20	3	10	9	15
До 15 дней	1	3,3	4	13,3	5	8,3

Как видно из таблицы 3.2.7. среди обследуемых новорожденных (46%) были госпитализированы в ОРИТ. Длительность госпитализации их составило до от 5 до 15 дней. Длительность пребывания новорожденных детей в ОРИТ до 5 дней и составило-23,3%, до 10 дней-15%, и 2,8 раза

меньше детей до 15 (8,3%). Среди детей I группы находились в ОРИТ до 10 дней 20% новорожденных, до 5 дней 16,6% и в единичном случае до 15 дней (,33%). Среди обследуемых новорожденных II группы больше количество детей находились в ОРИТ до 5 дней, что составило-30,3%, до 15 дней 2,2 раза меньше (13,3%) и до 10 дней-10%.

Сравнительная характеристика обследуемых групп новорожденных показал, что наибольшее количество детей II группы находились в ОРИТ до 5 (64,2%) и до15 (80%) дней, чем в I группе. В первой группе превалировало количество новорожденных детей, находившихся в ОРИТ до 10 дней, что составило 66,4%.

Таким образом, среди обследуемых новорожденных (46%) были госпитализированы в ОРИТ. Наибольшее количество дней пребывания новорожденных детей в ОРИТ составило до 5 дней (23,3%), а также, среди новорожденных II группы (30%), а в I группе количество детей превалировало находящихся в ОРИТ до 10 дней (20%). Сравнительная характеристика обследуемых групп новорожденных показал, что наибольшее количество детей II группы находились в ОРИТ до 5 (64,2%), а в II группе превалировало количество новорожденных детей, находившихся в ОРИТ до 10 дней (66,6%).

**Таблица 3.2.8**

**Длительность пребывания новорожденных детей, рожденных от матерей путем экстренного КС в ОПН**

Койка дни в ОПН	I группа (n=30)		II группа (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	%	Abs
До 15 дней	10	33,3	5	16,6	15	25

До 20 дней	10	33,3	6	20	16	26,6
До 30 дней	10	33,3	16	53,3	26	43,3
Более 30 дней	-		3	10	3	5

Как видно из таблицы 3.2.8, что все обследуемые новорожденные (100%) в последующем находились в ОПН. Длительность пребывания их в ОПН составило от 15 и более 30 дней. Среди обследуемых новорожденных детей наиболее количество детей находились в ОПН до 30 дней, что составило-43,3%, в 178 раза меньше чем до 20 и 15 дней (26,6% и 25%), и наименьше количество детей более 30 дней (5%). Среди детей I группы количество дней, госпитализации в ОПН до 15, до 20 и до 30 дней составили одинаковое количество по 33,3%. Среди же обследуемых детей II группы большее количество их находились в ОПН до 30 дней (53,3%), до 20 дней (20%), до 15 дней (16,6%), и единичное количество детей (10%) более 30 дней. Сравнительная характеристика длительности пребывания в ОПН обследуемых новорожденных, показало, что до 30 дней госпитализации наблюдалось чаще среди новорожденных второй группы, что составило 61,5% и более 30 дней – 100%. Нахождение в ОПН до 15 и до 20 дней превалировало среди детей первой группы и составило соответственно 66,6% и 62,5% , чем во второй..

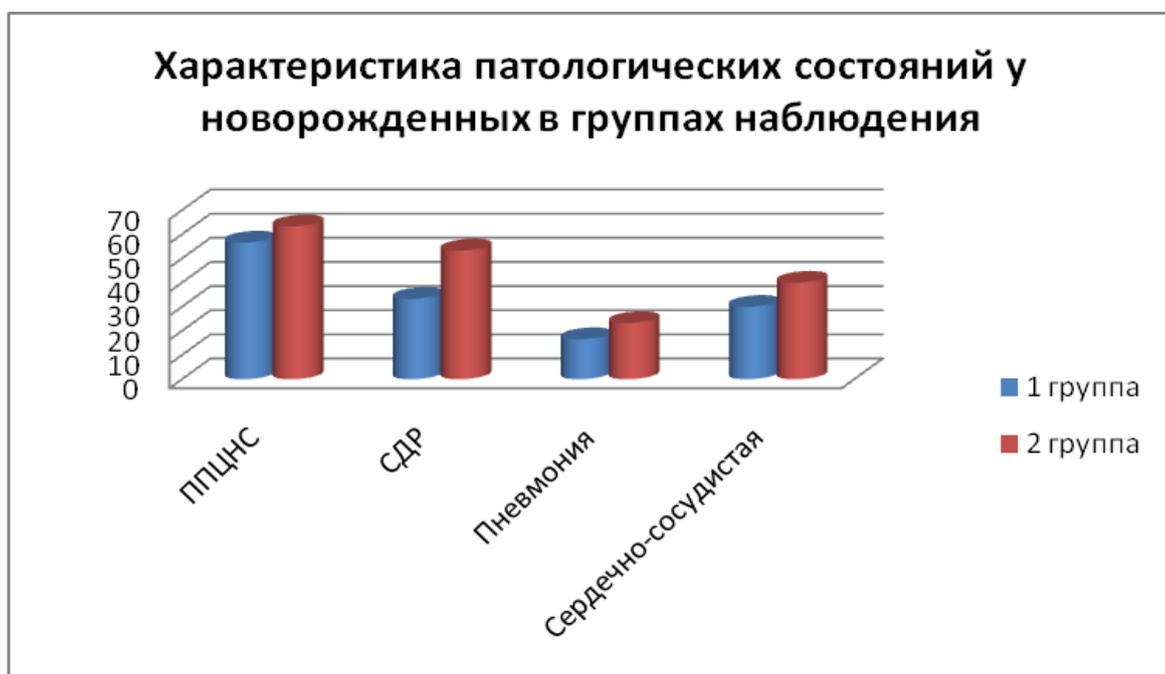
Таким образом, было выявлено, что все обследуемые новорожденные (100%) в последующем находились в ОПН. Длительность пребывания их в ОПН составило от 15 и более 30 дней. Среди обследуемых новорожденных детей наиболее количество детей находились в ОПН до 30 дней, что составило-43,3% такая же картина наблюдалась и во II группе. Сравнительная характеристика длительности пребывания в ОПН обследуемых новорожденных, показал, что более 30 дней госпитализации наблюдалось только среди новорожденных II группы, что составило 100% , а также превалировало их количество нахождение в ОПН до 30 дней ( 61,5%).

Нахождение в ОПН до 15 и до 20 дней превалировало среди детей первой группы и составило соответственно 66,6% и 62,5% чем во второй.

### Характеристика патологических состояний у новорожденных в группах наблюдения

Таблица 3.2.9

Патологические состояния	I группа (30)		II группа (30)	
	Абс.	%	Абс.	%
ППЦНС	17	56,6	19	63,3
СДР	10	33,3**	16	53,3
Пневмония	5	16,6	7	23,3
Сердечно-сосудистая недостаточность	9	30,0	12	40,0



Как видно из представленных данных, структура заболеваемости детей, раннего неонатального периода, извлеченных путём экстренных ОКС, имеет

свои особенности. преобладает патологии органов дыхания (53,3%), связанные с дистресс – синдромом, врожденной пневмонией(23,3%), перинатальным поражением ЦНС (63,3 %), сердечно-сосудистой недостаточностью (40%), что значительно превышает таковые показатели у новорожденных, родившихся при плановом К.С.(33,3%, 16,6%, 56,6%, 30,0)

### **3.3 Спектр патологических состояний и течение позднего неонатального периода у новорожденных детей, родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения**

Состояние новорожденных усугублялось такими сопутствующими заболеваниями как (таб.3.2.10) ВУИ-38,3%, пневмония-35%, ЗВУР-33,3% , анемия - 21,6% и У меньшего количества детей встречались следующие патологии, как ВПР-3,2% (ВПС-1,6%, врожденные пороки ЖКТ-1,6%), НЭК-5%, ДВС-6,6%, БЛД-6,6%.

**Таблица №3.2.9**

#### **Спектр патологических состояний в позднем неонатальном периоде у новорожденных детей, рожденных от матерей путем экстренного кесарева сечения.**

поздняя неонатальная заболеваемость	I группа (30)		II группа (30)		Всего (60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
ЗВУР	6	20	12	40	20	33,3
Пневмония	8	26,6	13	43,3	21	35
ВПР	1	3,3	1	3,3	2	3,2
ВПС	1	3,3	-		1	1,6
Врожденные пороки ЖКТ	-	-	1	3,3	1	1,6

ДВС	-	-	4	13,3	4	6,6
Анемия	5	16,6*	8	26,6	13	21,6
ВУИ	7	23,3***	16	53,3	23	38,3
ГБН	2	6,6			2	3,2
БЛД	2	6,6	2	6,7	4	6,6
НЭК	2	6,6	1	3,3	3	5
Сепсис	2	6,6	5	16,6	8	13,3
ОРВИ	4	13,3	6	20,0	10	16,6

Примечание:

\*-достоверность различий, данных между 1 и 2 группами  $P < 0,05$ ;

\*\*\*-достоверность различий, данных между 1 и 2 группами  $P < 0,001$



В I группе также из сопутствующих патологии превалировало пневмония-26,6%, ВУИ-23,3%, ЗВУР-20% , анемия - 16,6% в незначительном количестве БЛД, НЭК ГБН что составило по 6,6%., и в единичном случае наблюдалось ВПР – 3,3%.

Среди обследуемых новорожденных детей II группы наиболее часто из сопутствующих патологий наблюдались, ВУИ-53,3%, пневмония- 43,3%, ЗВУР-40% , анемия - 26,6% в незначительном количестве ДВС – 13,3%, БЛД - 6,7% и в единичном количестве наблюдалось НЭК и ВПР – по 3,3%.

Сравнительная характеристика обследуемых новорожденных, показала, что из сопутствующих патологий ДВС встречалось только у новорожденных детей II группы (100%), ВУИ-69,5% (  $P<0,001$ ), ЗВУР-60%, СДР -61,5 пневмония-61,9%, анемия-61,5%, которые превалировали среди новорожденных II группе ( $P<0,001$ ), в то время как количество детей с НЭК-75% превалировало среди детей первой группы ( $P<0,05$ ), а БЛД встречалось в равных количествах в обеих группах.

Таким образом, среди сопутствующих патологий у обследуемых новорожденных наиболее часто наблюдалось ВУИ-38,3%, пневмония-35%, ЗВУР-33,3% , анемия - 21,6%., которые превалировали как в I так и среди новорожденных детей II группы. Сравнительная характеристика обследуемых новорожденных, показала, что среди сопутствующих патологий ДВС встречалось только у новорожденных детей II группы (100%). ВУИ-69,5% (  $P<0,001$ ), ЗВУР-60%, пневмония-61,9%, анемия-61,5%, которые превалировали среди новорожденных II группе ( $P<0,001$ ).

Данные НСГ (таб.3.3.2) обследуемых новорожденных показали, что у основного контингента детей, родившихся путем КС наблюдались гипоксически ишемические поражения ЦНС (36,6%), церебральная ишемия I

степени у 9 (15%) детей, II степени у 11 (20%) и III степени у 2 (3,3%). Гипоксически геморрагические поражения наблюдались в два раза меньше, что составило 12 (20%) новорожденных детей. У наиболее большого количества новорожденных наблюдалось ВЖК II степени и ПВЛ по5 (8,3%), в 1,5 раза меньше ВЖК I степени 3 (5%) и ВЖК III степени 3 (5%), в единичном случае субарханоидальное кровоизлияние 1,6%

**Таблица 3.3.2**

**Сравнительный анализ показателей нейросонографии (НСГ) у  
обследованных новорожденных**

Признаки НСГ головного мозга	I гр. (n=30)		II гр. (n=30)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
1. Гипоксически ишемические поражения	16	53,3***	6	20	22	36,6
-Церебральная ишемия I ст.	8	26,6***	1	3,3	9	15
-Церебральная ишемия II ст.	7	23,3*	4	13,3	11	20
-Церебральная ишемия III ст.	1	3,3	1	3,3	2	3,3
2. Гипоксически геморрагические поражения	3	10	9	30	12	20

-ВЖК I ст.	1	3,3	2	6,6	3	5
-ВЖК II ст.	1	3,3	4	13,3	5	8,3
-ВЖК III ст.	1	3,3	2	6,6	3	5
-субарахноидальное кровоизлияние	-	-	1	3,3	1	1,6
3. ПВЛ	1	3,3	4	13,3	5	8,3

Примечание:

\*-достоверность различий, данных между 1 и 2 группами  $P < 0,05$ ;

\*\*\*-достоверность различий, данных между 1 и 2 группами  $P < 0,001$

В показателях НСГ новорожденных детей I группы также наиболее часто наблюдались изменения в виде гипоксически ишемических поражений головного мозга у 53,3 %, Из них у 26,6 % новорожденных наблюдалась церебральная ишемия I степени, у 23,3% гипоксически ишемические поражения II степени и в единичном случае III. Гипоксически геморрагические поражения встречались у 10% новорожденных, из них ВЖК I, II, III степени наблюдалось в единичных случаях по 3,3% и ПВЛ-3,3%.

Среди новорожденных II группы – у 20% наблюдалось гипоксически ишемические поражения ЦНС, которые проявлялись чаще церебральной ишемией II степени (20%), церебральной ишемией I степени (15%) и в единичных случаях церебральной ишемией III степени (3,3%). В 1, 5 раза больше встречались гипоксически геморрагические поражения (30%), которые проявлялись чаще в виде ВЖК II степени (13,3%) и в 2 раза меньше ВЖК I и II степени по 6,6%. ПВЛ (13,3%) и в единичном случае субарахноидальное кровоизлияние (3,3%).

Сравнительная характеристика между группами показало, при поражении ЦНС субарахноидальное кровоизлияние встречалось только у новорожденных детей II группы (100%). Наблюдалось преобладание

гипоксически геморрагических поражений головного мозга (75%) с превалированием ВЖК II степени (80%) и ПВЛ (80%), чем у детей I группы. Гипоксически ишемические поражения с преобладанием церебральных ишемий I ( $P < 0,001$ ) и II степени ( $P < 0,05$ ) достоверно чаще также превалировали среди новорожденных детей первой группы, что соответственно составили 90% и 63,3%, чем во второй..

Таким образом, по данным НСГ у обследуемых новорожденных было выявлено, что у основного контингента детей, родившихся путем КС наблюдались гипоксически ишемические поражения ЦНС(36,6%), с преобладанием церебральной ишемией II степени. II степени у 11 (20%) и III степени у 2 (3,3%). Гипоксически геморрагические поражения наблюдались в два раза меньше, что составило 12 (20%) новорожденных детей с преобладанием ВЖК II степени и ПВЛ по 5 (8,3%). Среди новорожденных детей I группы часто наблюдались изменения в виде гипоксически ишемических поражений головного мозга ( 53,3 %) с преобладанием церебральной ишемии I степени (26,6 %). Гипоксически геморрагические поражения встречались у наблюдались в единичных случаях по 3,3% .

Среди новорожденных II группы – у 20% наблюдалось гипоксически ишемические поражения ЦНС, которые проявлялись чаще церебральной ишемией II степени (20%), в 1, 5 раза больше встречались гипоксически геморрагические поражения (30%), которые проявлялись чаще в виде ВЖК II степени (13,3%). ПВЛ (13,3%) и в единичном случае субарахноидальное кровоизлияние (3,3%). Сравнительная характеристика между группами показало, при поражении ЦНС субарахноидальное кровоизлияние встречалось только у новорожденных детей II группы (100%), преобладание гипоксически геморрагических поражений головного мозга (75%) с превалированием ВЖК II степени (80%) и ПВЛ (80%), чем у детей I группы. Гипоксически ишемические поражения с преобладанием церебральных ишемий I ( $P < 0,001$ ) и II степени ( $P < 0,05$ ) наблюдалось достоверно чаще

среди новорожденных детей первой группы, что соответственно составили 90% и 63,3%, чем во второй.

### **Заключение к III главе**

Таким образом, среди обследуемых матерей новорожденных детей возрастной аспект их составило от 18 до 30 лет - 82%, как во второй (90%), так и в первой (73%) группах. При изучении кратности беременности матерей новорожденных было выявлено, что наиболее часто встречались дети, родившиеся от первой беременности -41%, чаще которые встречались среди матерей первой группы (50%), а во второй же группе – от II-III беременности-23%, Из акушерского анамнеза матерей выявлено, что наиболее часто встречались выкидыши - 35%, и в меньшей степени аборт-17% как в первой так и в второй группах. Сравнительная характеристика возрастного аспекта между группами показало, что преобладающее количество матерей в возрасте 18-30 лет составили женщины второй группы-55,1%, а до 35 лет в первой группе-72,7%. Обследования кратности беременности матерей новорожденных показал, что среди матерей новорожденных детей в первой группе преобладало количество первородок -60% и IV беременности 53,8%, а во второй от II-III беременности 40%. Сравнительный анализ акушерского анамнеза, показал, что наиболее часто встречались выкидыши у матерей новорожденных второй группы-57,1%, аборт-60%, мертворождение-57,1%.

За 4 года количество родов наблюдалось 22512. Из них 23,6% родов путём кесарева сечения. Среди абдоминального родоразрешения 62,8% - роды путём планового кесарева сечения и 37,2% - экстренным путём. К наиболее частым показаниям к оперативному родоразрешению явились ФПН-II ст -26,6%, ранее отхождение околоплодных вод – 23%, обвитие пуповины-20% ,гестоз (преэклампсия, эклампсия) -18,3% Среди показаний к

оперативному родоразрешению у матерей новорожденных детей первой группы на первый план выступали ФПН II ст. -23,3%, неправильное положение плода - 23,3%, особенно с ягодичным предлежанием – 10% , рубец на матке – 20% . Абсолютным показанием к экстренным оперативным методом к родоразрешению явилось ФПН – 30%, раннее отхождения околоплодных вод – 30%, а также нарушение родовой деятельности – 30%. Немаловажное значение имело обвитие пуповины - 26,6%, гестоз (преэклампсия, эклампсия) -23,3% и угрожающая гипоксия плода и асфиксия – 16,6. Сравнительная характеристика обследуемых групп показало, что наиболее часто наблюдалась ФПН – II степени у матерей во второй группе в 1,2 раза составило – 56,3% по сравнению с первой. Часто встречающихся показаний к оперативному родоразрешению у матерей новорожденных детей второй группы явилось обвитие пуповины – 66,6% и раннее отхождение околоплодных вод - 64,2% по сравнению с первой в 2 раза. Немаловажное значение к оперативному родоразрешению имели нарушение родовой деятельности, которая наблюдалась лишь среди матерей новорожденных детей второй группы – 100%, а также частота встречаемости гестоза в 1,4 раза было больше - и составило -71,3% , угрожающая гипоксия плода и асфиксия преобладала 2,4 раза – 71,4%., чем у матерей первой группы. В то время как среди матерей новорожденных детей первой группы экстрагенитальные патологии наблюдались в 5 раз чаще и составили – 83,3%, в 2 раза чаще рубец на матке – 66,6%, в 7раз больше аномалия расположения плода-87,5%, чем во второй группе.

Среди экстрагенитальных заболеваний матери во время беременности, наиболее часто встречались анемия I-III степени - 43%, ОРВИ-40%, с меньшей частотой патологии мочевыделительной системы 25% которая превалировало среди матерей первой группы анемия-60% и ОРВИ-43,3%. В 1,7 раза меньше встречались патологии: со стороны ЖКТ-27%, в 2 раза меньше со стороны мочевыделительной системы – 20% Во второй же группе

у матерей обследуемых новорожденных среди экстрагенитальных заболеваний также преобладали анемия-46,6% и ОРВИ - 36,6%. С меньшей частотой встречались патологии мочевыделительной системы - 30%. Генитальных патологий наблюдалось у 37% матерей. Сравнительная характеристика, групп показал, что с наибольшей частотой среди экстрагенитальных заболеваний матерей во время беременности наблюдалось анемия I-III степени в первой группе-69%, и 1,2 раза меньше во второй группе-31%. Частота встречаемости ОРВИ превалировало также среди матерей первой группы и составил-54%, а во второй - 46%. Необходимо отметить, что патологии со стороны мочевыделительной системы преобладали у матерей новорожденных детей второй группы в 1,5 раза и составило – 60%., а также гинекологические заболевания матери во время беременности – 57,8%. чем в первой группе. Одинаково часто встречались TORCH-инфекции в обеих обследуемых группах, однако гинекологические заболевания чаще наблюдались среди матерей второй группы и составил – 57,8%.

Сравнительная оценка показателей по шкале Апгар в обследуемых группах показало, что наблюдалось достоверное снижение ( $P < 0,001$ ) показателей на первой и на пятой минуте у новорожденных детей родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения Большая часть детей родились с оценкой 7-10 баллов, что составило- 68,3%, как в первой так и во вторых группах. В 2,7 раза меньше составили дети с оценкой 4-6 баллов . Число детей во второй группе с низкими оценками по шкале Апгар 4-6 и 0-3 баллов было сравнительно больше и составило - 60% и 75% детей, чем в первой, а количество детей набравших 7-10 баллов в первой (56%), чем во второй. Большее количество новорожденных детей родились без признаков асфиксии-51,7%, в 2 раза меньше с кардиореспираторным дистресс синдромом и с асфиксией соответственно 21.6% и 26.6% детей. У незначительное количество(-13,3%) детей первой группы наблюдалось

асфиксия и кардиореспираторный дистресс синдромом( 16,6%), во второй же группе количество детей , с асфиксией( 40%) было намного больше.

В период адаптации у преобладающего количества новорожденных детей физиологическая желтуха продолжалась в течении 20 дней и более и составило 53,3%, до 10 дней у 28,3%. У 18,3% новорожденных длительность физиологической желтухи составило 5-7 дней. Физиологическая желтуха у преобладающего количества новорожденных детей продолжалась в течении 20 дней и составило 53,3%, как в первой, так и во второй группах и составили соответственно 46,3% и 60%. Сравнительная характеристика групп показало, что длительность физиологической желтухи до 7 дней наблюдалось у наибольшего количества детей среди новорожденных первой группы (72,7%). Однако длительность желтухи до 20 дней наблюдалось чаще среди новорожденных второй группы, и составило 60%. Длительность транзиторного дисбактериоза кишечника у большинства новорожденных составляет до 10 дней (51,7%). В 2,5 раза меньше до 15 дней (34%), причем у новорожденных детей I группы у преобладающего количества (70%) детей имело место продолжительность транзиторного дисбактериоза до 10 дней., а во II группе до 15 дней (46,6%). Сравнительная характеристика показал, что у детей II группы длительность транзиторного дисбактериоза продолжалось до 15 дней и составило-66,6%, что в 2 раза больше (75%), чем в первой. Однако количество детей с длительностью транзиторного дисбактериоза до 10 дней преобладало среди детей I группы и составили 67,7%, что в 2 раза больше, чем детей в во второй. Восстановление первоначальной убыли массы тела наблюдалось среди обследуемых новорожденных в периоде адаптации у больше го количества детей на 20 дни жизни (48,3%),как в первой (33,3%) так и во вторых 20 (63,3%) группах. Сравнительная характеристика группами показало, что чаще восстановление первоначальной убыли массы наблюдалось среди детей II

группы на 20 дни жизни (65,5%), а в первой на 10 дни жизни (62,5%) и на 20 дни (34,5 %).

У большей части детей проводились реанимационные мероприятия, они были кислородозависимы, у них наблюдались нестабильность температуры тела и находились в кувезе, которое преобладало среди детей II группы. 46% были госпитализированы в ОРИТ. Наибольшее количество детей I группы пребывания в ОРИТ составило до 5 дней (23,3%), а новорожденных II группы (30%), однако превалировало количество детей I группы находящихся в ОРИТ до 10 дней (20%). Сравнительная характеристика обследуемых групп новорожденных показал, что наибольшее количество детей II группы находились в ОРИТ до 5 (64,2%), а в II группе превалировало количество новорожденных детей, находившихся в ОРИТ до 10 дней (66,6%).

Было выявлено, что все обследуемые (100%) новорожденных в последующем находились в ОПН. Длительность пребывания их в ОПН составило от 15 и более 30 дней. Среди обследуемых новорожденных детей наибольшее количество детей находились в ОПН до 30 дней, что составило-43,3% такая же картина наблюдалась и во II группе. Сравнительная характеристика длительности пребывания в ОПН обследуемых новорожденных, показал, что более 30 дней госпитализации наблюдалось только среди новорожденных II группы, что составило 100%, а также превалировало их количество нахождение в ОПН до 30 дней (61,5%), а до 15 и до 20 дней превалировало среди детей первой и составило соответственно 66,6% и 62,5%, чем во второй.

Среди сопутствующих патологий у обследуемых новорожденных наиболее часто наблюдалось ППЦНС – 60%, СДР-43,3%. ВУИ-38,3%, пневмония-35%, ЗВУР-33,3%, анемия - 21,6%, которые превалировали как в I так и среди новорожденных детей II группы. Сравнительная характеристика показала, что ДВС встречалось только у новорожденных детей II группы (100%). ВУИ-69,5% (  $P < 0,001$ ), ЗВУР-60%, СДР -61,5 пневмония-61,9%,

анемия-61,5%, и ППЦНС составил- 52,7%, которые преобладали среди новорожденных II группе ( $P<0,001$ ).

По данным НСГ у обследуемых новорожденных было выявлено, что у основного контингента детей, родившихся путем КС наблюдались гипоксически ишемические поражения ЦНС(36,6%), с преобладанием церебральной ишемией II степени. II степени у 11 (20%) и III степени у 2 (3,3%). Гипоксически геморрагические поражения наблюдались в два раза меньше, что составило 12 (20%) новорожденных детей с преобладанием ВЖК II степени и ПВЛ по5 (8,3%). Среди новорожденных детей I группы часто наблюдались изменения в виде гипоксически ишемических поражений головного мозга ( 53,3 %) с преобладанием церебральной ишемии I степени (26,6 %). Гипоксически геморрагические поражения встречалось у наблюдалось в единичных случаях по 3,3% . Среди новорожденных II группы – у 20% наблюдалось гипоксически ишемические поражения ЦНС, которые проявлялись чаще церебральной ишемией II степени (20%), в 1, 5 раза больше встречались гипоксически геморрагические поражения (30%), которые проявлялись чаще в виде ВЖК II степени (13,3%). ПВЛ (13,3%) и в единичном случае субарахноидальное кровоизлияние (3,3%). Сравнительная характеристика между группами показало, при поражении ЦНС субарахноидальное кровоизлияние встречалось только у новорожденных детей II группы (100%), преобладание гипоксически геморрагических поражений головного мозга (75%) с преобладанием ВЖК II степени (80%) и ПВЛ (80%), чем у детей I группы. Гипоксически ишемические поражения с преобладанием церебральных ишемий I ( $P<0,001$ ) и II степени ( $P<0,05$ ) наблюдалось достоверно чаще среди новорожденных детей первой группы, что соответственно составили 90% и 63,3%, чем во второй.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на интенсивное изучение проблемы кесарева сечения в целом, ряд важнейших вопросов, касающихся абдоминального родоразрешения с точки зрения неонатолога, не получил должного решения.

Наблюдающееся в последние десятилетия увеличение частоты кесарева сечения (КС) диктует необходимость оценки влияния оперативного извлечения младенца на процессы его ранней и поздней адаптации. Показано, что адаптация детей, извлеченных операцией кесарева сечения, протекает более напряженно, чем у детей, родившихся естественным путем, что обусловлено отсутствием воздействия на плод физиологически необходимого биомеханизма родов и стрессовой реакции плода на роды. Помимо оперативного способа родоразрешения на состояние новорожденного, извлечённого путём кесарева сечения, оказывают влияние множество факторов, из которых наиболее неблагоприятными являются недоношенность и незрелость плода, тяжесть акушерской и экстрагенитальной патологии, условия внутриутробного существования, предшествующие оперативному родоразрешению. (Ипполитова.Л.2010)

Состояния детей в периоде новорожденности и значительной степени обусловлено показаниями операции кесарева сечения, видом анестезии (многокомпонентная или регионарная), срочностью оперативного вмешательства, степенью доношенности и зрелости плода, состоянием плода непосредственно перед операцией, а также сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями у роженицы.

Данный вопрос актуален, так как дети, рожденные путем кесарева сечения, чаще испытывают нарушения адаптации, имеют более высокий уровень заболеваемости, высокий риск неонатальной смертности.

Полученные многими авторами данные о течение раннего неонатального периода у новорожденных, извлеченных абдоминальным родоразрешением, довольно противоречивы и в большинстве своем выполнены с акушерских позиций. В научной и учебной медицинской литературе, директивных документах органов здравоохранения отсутствуют сведения об особенностях полиорганной адаптации детей, рожденных срочностью оперативных вмешательств с применением различных видов анестезиологического пособия, их дальнейшего развития, нет четких критериев прогнозирования состояния детей, что влияет на процесс выхаживания и диспансерного наблюдения.

Целью исследования стало установить особенности ранней адаптации новорожденных извлеченных путём кесарева сечения с оценкой состояние их здоровье в позднем неонатальном периоде.

В ходе работы нами обследовано 60 новорожденных детей, родившихся путём кесарева сечения (КС) с гестационным возрастом 29–42 недели, все дети были разделены на две группы: I группу составили - 30 новорожденных, родившихся путём планового кесарева сечения, II группу - 30 новорожденных детей, рожденных путём экстренного кесарева сечения. Наибольшую часть новорожденных составили с гестационным возрастом 28-32 недели (48%), что в 1,4 раза больше, чем новорожденных детей с гестационным возрастом 33-37 недель (35%) и в 2,9 раза новорожденные с гестационным возрастом 38-40 недель (10%). Среди детей I группы преобладало количество детей с гестационным возрастом 33-37 недель и составило -44%, с гестационным возрастом 28-32 недели составило - 33%, а с 38 – 40 недель 23%, Больше количество новорожденных II группы составило с гестационным возрастом 28-32 недели -63%, в 2,3 раза меньше с гестационным возрастом 33-37 недель -27% и единичное количество детей составили с гестационным возрастом 38-40 недель – 10%. Сравнительная характеристика между группами показало, что наибольшее количество детей

было с гестационным возрастом 33-37 и 38 - 40 недель среди детей I группы, при этом количество детей в возрасте 28-32 недели достоверно ( $P < 0,001$ ) больше наблюдалось среди детей II группы.

Возрастной аспект матерей, обследуемых новорожденных детей составило от 18 до 30 лет - 82%, от 30 до 35 лет - 18

Кратность беременности матерей новорожденных среди обследуемых групп наиболее часто встречались дети, родившиеся от I и II-III беременности - 41% и 37%, родившиеся от IV беременности в 2 раза меньше - 22% . Среди обследуемых матерей новорожденных первой группы наибольшее количество составили первородящие - 50%, а рожденных от II-III и IV беременности встречалось в 1,6 и 2,5 раза меньше и составили 30% и 20%. Во второй группе среди обследуемых новорожденных наиболее часто встречались дети, родившиеся от II-III беременности - 44 и первой 33%. . Меньшее количество новорожденных детей составило, рожденные от IV беременности - 23%.

Было выявлено, что наиболее часто наблюдались выкидыши - 35%, 17% аборт и 13,3% мертворождение у матерей обследуемых новорожденных

В период наших исследований за 4 года наблюдалось количество родов 22512. Из них 23,6% родов путём кесарева сечения. Среди абдоминального родоразрешения 62,8% - роды путём планового кесарева сечения и 37,2% - экстренным путём. При этом наблюдалась небольшая тенденция к увеличению количества родов за последние годы кесарева сечения экстренным путем до 29,8%.

Наиболее частыми показаниями к оперативному родоразрешению явились ФПН-II ст - 26,6%, ранее отхождение околоплодных вод - 23%, обвитие пуповины - 20% ,гестоз (преэклампсия, эклампсия) - 18,3% В 2,6 раза меньше экстрагенитальные патологии (10%) - миопия - 8%, ВПС 1,6%, в 3 раза многоплодная беременность 5% и преждевременная отслойка плаценты

-5%. Среди показаний к оперативному родоразрешению у матерей новорожденных детей первой группы на первый план выступали ФПН II ст. - 23,3%, неправильное положение плода - 23,3%, особенно с ягодичным предлежанием – 10% , рубец на матке – 20% . Среди обследуемых матерей новорожденных детей второй группы абсолютным показанием к экстренным оперативным методом к родоразрешению явилось ФПН – 30%, раннее отхождения околоплодных вод – 30%, а также нарушение родовой деятельности – 30%. Немаловажное значение имело обвитие пуповины - 26,6%, гестоз (преэклампсия, эклампсия) -23,3% и угрожающая гипоксия плода и асфиксия – 16,6%.

Анализ сравнительной характеристики групп к показаниям к оперативному родоразрешению у матерей новорожденных детей, явились ФПН – II степени в 1,2 раза большей частотой встречались во второй группе соответственно – 56,3% по сравнению с первой группой. Из встречающихся показаний к оперативному родоразрешению у матерей новорожденных детей второй группы наиболее часто явилось обвитие пуповины – 66,6% и раннее отхождение околоплодных вод - 64,2% по сравнению с первой группы в 2 раза. В то время как среди матерей новорожденных детей первой группы экстрагенитальные патологии наблюдались в 5 раз чаще и составили – 83,3%, в 2, раза чаще рубец на матке – 66,6%, в 7раз больше аномалия расположения плода-87,5%, чем во второй группе.

Среди экстрагенитальных заболеваний матери во время беременности, обследуемых новорожденных наиболее часто встречались анемия I-III степени-43%, ОРВИ-40%, с меньшей частотой патологии мочевыделительной системы 25%, в 2 раза меньше заболевания со стороны ЖКТ-22%, и в 3,4 раза наблюдались патологии со стороны эндокринной системы-11,6%( сахарный диабет, диффузный ЗОБ), патологии дыхательной системы-10%, патологии ССС- 6%. 38,8% составили TORCH-инфекции и 32% составили гинекологические заболевания ( миома матки - 2% )

Среди экстрагенитальных заболеваний у матерей новорожденных детей первой группы превалировало анемия-60% и ОРВИ-43,3%. В 1,7 раза меньше встречались патологии: со стороны ЖКТ-27%, в 2 раза меньше со стороны мочевыделительной системы – 20%, эндокринной системы – 16,6 % и в единичных случаях патологии дыхательной и ССС по 10%. 37,% составили TORCH-инфекции и 27% составили гинекологические заболевания. Во второй же группе у матерей обследуемых новорожденных среди экстрагенитальных заболеваний также преобладали анемия-46,6% и ОРВИ-36,6%. Сравнительная характеристика, обследуемых групп новорожденных показал, что с наибольшей частотой среди экстрагенитальных заболеваний матерей во время беременности наблюдалось анемия I-III степени в первой группе-69%, и 1,2 раза меньше во второй группе-31%. Частота встречаемости ОРВИ превалировало также среди матерей первой группы и составило-54%, а во второй группе - 46%. Эндокринопатии, патологии ЖКТ и мочевыделительной систем также преобладали среди матерей новорожденных первой группы и составили соответственно-71,4% и 61,5%. Необходимо отметить, что патологии со стороны мочевыделительной системы преобладали у матерей новорожденных детей второй группы в 1,5 раза и составило – 60%., а также гинекологические заболевания матери во время беременности – 57,8%, чем в первой группе. Одинаково часто встречались TORCH-инфекции в обеих обследуемых группах, однако гинекологические заболевания чаще наблюдались среди матерей второй группы и составило – 57,8%.

Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте у новорожденных детей 1-й группы составила  $6,1 \pm 0,17$  баллов, а на 5-й минуте  $6,6 \pm 0,17$  баллов. У детей 2-й группы соответственно  $7,4 \pm 0,13$  и  $7,2 \pm 0,17$  баллов. Сравнительная оценка показателей по шкале Апгар в обследуемых группах показало, что наблюдалось достоверное снижение ( $P < 0,001$ ) показателей на первой и на

пятой минуте у новорожденных детей родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения.

Общая характеристика оценки по шкале Апгар обследуемых групп показало, что большая часть детей родились с оценкой 7-10 баллов, что составило- 68,3%. В 2,7 раза меньше составили дети с оценкой 4-6 баллов по шкале Апгар и в незначительном количестве 0-3 баллов-6,6%. Среди новорожденных детей первой группы преобладало количество детей с 7-10 баллами-76,6%. В 3,8 раза меньше с оценкой 4-6 баллов- 20% и в единичном случае 0-3 балла - 3,3%. Во второй группе также большее количество детей были оценены по шкале Апгар 7-10 баллов- 60%, в 2 раза меньше 4 - 6 баллов-30% и в не значительном количестве 0-3 баллов-9,9%. Сравнительная характеристика между группами показало, что число детей во второй группе низкими оценками по шкале Апгар 4-6 и 0-3 баллов было сравнительно больше и составило - 60% и 75% детей, чем в первой. Однако превалировало количество детей набравших детей 7-10 баллов в первой группе и составило 56%, чем во второй.

Большее количество детей родились без признаков асфиксии-51,7%, в 2 раза меньше с кардиореспираторным дистресс синдромом и с асфиксией соответственно 21.6% и 26.6% детей. Среди обследуемых детей первой группы количества новорожденных с признаками асфиксии составило незначительное количество -13,3% и кардиореспираторным дистресс синдромом – 16,6%, и наибольшее количество детей без признаков асфиксии. Во второй же группе количество детей было намного больше, детей с асфиксией - 40%.

В период адаптации у превалирующего количества новорожденных детей физиологическая желтуха продолжалась в течении 20 дней и более и составило 53, 3%, до 10 дней у 28,3%. У 18,3% новорожденных длительность физиологической желтухи составило 5-7 дней.

Среди детей I группы преобладали новорожденные с длительной физиологической желтухи до 20 дней и более, что составило 46,7%. Во II группе у большинства новорожденных длительность физиологической желтухи длилась также до 20 дней и более и составило 60%, в то время как до 10 дней наблюдалось в 2 раза меньше и составило 30%, а до 7 дней у незначительного количества детей и составило-10%. Сравнительная характеристика среди групп обследуемых новорожденных показало, что длительность физиологической желтухи до 7 дней наблюдалось у наибольшего количества детей среди новорожденных первой группы (72,7%). Однако длительность желтухи до 20 дней наблюдалось чаще среди новорожденных второй группы, и составило 60%.

В периоде адаптации длительность транзиторного дисбактериоза кишечника у большинства новорожденных составляет до 10 дней (51,7%). В 2,5 раза меньше до 15 дней (34%) и 1,6 раза (13,3%) до 28 дней. Среди новорожденных детей I группы у преобладающего количества (70%) детей имело место продолжительность транзиторного дисбактериоза до 10 дней. В 3 раза меньше наблюдался дисбактериоз длительностью до 15 дней и у незначительного количества (6,6%) новорожденных до 28 дней. Во II группе у подавляющего количества (46,6%) длительность дисбактериоза составил до 15 дней, что в 1,4 раза больше, чем до 10 дней (16,7%), и в 2,2 раза до 28 дней- 20%. Сравнительная характеристика продолжительности течения транзиторного дисбактериоза у обследуемых новорожденных показал, что у II группы длительность транзиторного дисбактериоза продолжалось до 15 дней и составило-66,6%, что в 2 раза больше и в 3 раза с длительностью дисбактериоза до 28 дней (75%), чем в первой. Однако количество детей с длительностью транзиторного дисбактериоза до 10 дней преобладало среди детей I группы и составили 67,7%, что в 2 раза больше, чем детей в во второй.

Восстановление первоначальной убыли массы тела на 20 дни жизни (48,3%) наблюдалось у большего количества детей, а у незначительного количества на 6-ые (15%) и 8-ые (10%) дни жизни. Среди новорожденных детей I группы превалировало количество детей с восстановлением первоначальной убыли массы тела на 10 и 20 дни жизни в одинаковых количествах и составили по 33,3%, в 12 раза меньше на 6 дни (20%), в 2,2 раза на 8 дни (14,4%). У большего количества детей II группы восстановление убыли массы тела наблюдалось на 20 (63,3%) и в 3 раза меньше на 10-ые (63,3%) и наименьшее количество детей на 6 дни (10%). Сравнительная характеристика восстановления первоначальной убыли массы тела между группами обследуемых новорожденных показало, что чаще восстановление первоначальной убыли массы наблюдалось среди детей II группы на 20 дни жизни (65,5%) и наименьшее количество на 6 дни (33,3%), чем в I группе. У новорожденных I группы восстановление первоначальной убыли массы тела наблюдалось на 10 дни жизни (62,5%) и на 20 дни (34,5%). Низкие величины первоначальной потери массы наблюдались преимущественно у детей, у которых отмечалась склонность к задержке жидкости (отечному синдрому). Большая потеря массы тела (более 10%) отмечена у новорожденных, матери которых страдали тяжелыми токсикозами беременных, а также у детей, извлеченных при повторном кесаревом сечении и при кровотечениях у матери (отслойка плаценты).

У 31,6% обследуемых новорожденных были проведены реанимационные мероприятия. У 36,6% новорожденных наблюдалась кислородозависимость. Нестабильность температуры тела определялось у 48,3% и кувезное содержание у 60%. Среди недоношенных новорожденных детей I группе 23,3% были проведены реанимационные мероприятия и 26,6% из них были кислородозависимые. В кувезом содержание среди обследуемых новорожденных нуждались 30%. Нестабильность температуры тела наблюдалось у 33,3% новорожденных детей. Во II группе 40%

новорожденных детей имело место проведение реанимационных мероприятий и 46,6% из них были кислородозависимы. Нестабильность температуры тела наблюдалось в 63,3% случаев. В кувезе находились 70% новорожденных. Сравнительная характеристика обследуемых групп показала, что реанимационные мероприятия проводились в большей степени среди детей II группы и составило - 63,1%. Кислородазависимость новорожденных преобладало среди новорожденных детей II группы – 63,6% и содержание в кувезе нуждались 58,3%, чем среди детей первой группы. Большая нестабильность температуры тела также наблюдалось среди новорожденных второй группы -65,5% по сравнению с первой.

46% обследуемых были госпитализированы в ОРИТ. Длительность госпитализации их составило до от 5 до 15 дней. Длительность пребывания новорожденных детей в ОРИТ до 5 дней и составило-23,3%, до 10 дней-15%, и 2,8 раза меньше детей до 15 (8,3%). Среди детей I группы находились в ОРИТ до 10 дней 20% новорожденных, до 5 дней 16,6% и в единичном случае до 15 дней (,33%). Среди обследуемых новорожденных II группы больше количество детей находились в ОРИТ до 5 дней, что составило-30,3%, до 15 дней 2,2 раза меньше (13,3%) и до 10 дней-10%. Сравнительная характеристика обследуемых групп новорожденных показал, что наибольшее количество детей II группы находились в ОРИТ до 5 (64,2%) и до15 (80%) дней, чем в I группе. В первой группе превалировало количество новорожденных детей, находившихся в ОРИТ до 10 дней, что составило 66,4%.

100% обследуемых новорожденных в последующем находились в ОПН. Длительность пребывания их в ОПН составило от 15 и более 30 дней. Среди обследуемых новорожденных детей наибольшее количество детей находились в ОПН до 30 дней, что составило-43,3%, в 178 раза меньше чем до 20 и 15 дней (26,6% и 25%), и наименьшее количество детей более 30 дней (5%). Среди детей I группы количество дней, госпитализации в ОПН до 15, до20 и

до 30 дней составили одинаковое количество по 33,3%. Среди же обследуемых детей II группы большее количество их находилось в ОПН до 30 дней (53,3%), до 20 дней (20%), до 15 дней (16,6%), и единичное количество детей (10%) более 30 дней. Сравнительная характеристика длительности пребывания в ОПН обследуемых новорожденных, показало, что до 30 дней госпитализации наблюдалось чаще среди новорожденных второй группы, что составило 61,5% и более 30 дней – 100%. Нахождение в ОПН до 15 и до 20 дней превалировало среди детей первой группы и составило соответственно 66,6% и 62,5% чем во второй..

Среди сопутствующих патологий у обследуемых новорожденных наиболее часто наблюдались ППЦНС – 60%, СДР-43,3%. ВУИ-38,3%, пневмония-35%, ЗВУР-33,3% , анемия - 21,6% и у меньшего количества детей встречались следующие патологии, как ВПР-3,2% (ВПС-1,6%, врожденные пороки ЖКТ-1,6%), НЭК-5%, ДВС-6,6%, БЛД-6,6%. В I группе также из сопутствующих патологий превалировало ППЦНС – 56,6%, СДР-33,3%. пневмония-26,6%, ВУИ-23,3%, ЗВУР-20% , анемия - 16,6% в незначительном количестве БЛД, НЭК ГБН что составило по 6,6%, и в единичном случае наблюдалось ВПР – 3,3%. Среди новорожденных детей II группы наиболее часто из сопутствующих патологий наблюдались, превалировало ППЦНС – 63,3%, СДР-53,3%, ВУИ-53,3%, пневмония- 43,3%, ЗВУР-40% , анемия - 26,6% в незначительном количестве ДВС – 13,3%, БЛД - 6,7% и в единичном количестве наблюдалось НЭК и ВПР – по 3,3%. Сравнительная характеристика групп, показала, что из сопутствующих патологий ДВС встречалось только у новорожденных детей II группы (100%), ВУИ-69,5% (  $P < 0,001$ ), ЗВУР-60%, СДР -61,5 пневмония-61,9%, анемия-61,5%, и ППЦНС составил- 52,7%, которые превалировали среди новорожденных II группе ( $P < 0,001$ ), в то время как количество детей с НЭК-75% превалировало среди детей первой группы ( $P < 0,05$ ), а БЛД встречалось в равных количествах в обеих группах.

Данные НСГ показали, что у основного контингента детей, родившихся путем КС наблюдались гипоксически ишемические поражения ЦНС (36,6%), церебральная ишемия I степени у 9 (15%) детей, II степени у 11 (20%) и III степени у 2 (3,3%). Гипоксически геморрагические поражения наблюдались в два раза меньше, что составило 12 (20%) новорожденных детей. У наиболее большого количества новорожденных наблюдалось ВЖК II степени и ПВЛ по 5 (8,3%), в 1,5 раза меньше ВЖК I степени 3 (5%) и ВЖК III степени 3 (5%), в единичном случае субарханоидальное кровоизлияние 1,6%. В показателях НСГ новорожденных детей I группы также наиболее часто наблюдались изменения в виде гипоксически ишемических поражений головного мозга у 53,3%, Из них у 26,6% новорожденных наблюдалась церебральная ишемия I степени, у 23,3% гипоксически ишемические поражения II степени и в единичном случае III. Гипоксически геморрагические поражения встречались у 10% новорожденных, из них ВЖК I, II, III степени наблюдалось в единичных случаях по 3,3% и ПВЛ-3,3%. Среди новорожденных II группы – у 20% наблюдалось гипоксически ишемические поражения ЦНС, которые проявлялись чаще церебральной ишемией II степени (20%), церебральной ишемией I степени (15%) и в единичных случаях церебральной ишемией III степени (3,3%). В 1,5 раза больше встречались гипоксически геморрагические поражения (30%), которые проявлялись чаще в виде ВЖК II степени (13,3%) и в 2 раза меньше ВЖК I и II степени по 6,6%. ПВЛ (13,3%) и в единичном случае субарахноидальное кровоизлияние (3,3%). Сравнительная характеристика между группами показала, при поражении ЦНС субарахноидальное кровоизлияние встречалось только у новорожденных детей II группы (100%). Наблюдалось преобладание гипоксически геморрагических поражений головного мозга (75%) с превалированием ВЖК II степени (80%) и ПВЛ (80%), чем у детей I группы. Гипоксически ишемические поражения с преобладанием церебральных

ишемий I ( $P<0,001$ ) и II степени ( $P<0,05$ ) достоверно чаще также преобладали среди новорожденных детей первой группы, что соответственно составили 90% и 63,3%, чем во второй.

Таким образом, за период исследования ( 4 года ) из 22512 родов - 23,6% были путём кесарева сечения. Среди абдоминальных родоразрешений наблюдались роды путём планового кесарева сечения - 62,8% и 37,2% - при срочном вмешательстве. К наиболее частым показаниям к оперативному родоразрешению явилось при плановом К.С ФПН II ст. -23,3%, неправильное положение плода - 23,3%, особенно с ягодичным предлежанием – 10% , рубец на матке – 20% , а при экстренным оперативном методе абсолютным показанием явилось ФПН – 30%,раннее отхождения околоплодных вод – 30%, нарушение родовой деятельности – 30%, обвитие пуповины - 26,6%, гестоз (преэклампсия, эклампсия) -23,3% и угрожающая гипоксия плода и асфиксия – 16,6%

Новорожденных дети, родившиеся от матерей путем экстренного кесарева сечения в подавляющем большинстве, рождаются с низкими оценками ( $P<0,001$ ) по шкале Апгар , в 3 раза чаще наблюдается асфиксия и более длительно находятся в тяжёлом состоянии (46,6 %), чем при плановых оперативных вмешательствах.

Структура заболеваемости детей, раннего неонатального периода, извлеченных путём экстренных ОКС, имеет свои особенности. преобладает патологии органов дыхания (53,3%), связанные с дистресс – синдромом, врожденной пневмонией(23,3%), перинатальным поражением ЦНС (63,3 %), сердечно-сосудистой недостаточностью (40%), что значительно превышает таковые показатели у новорожденных, родившихся при плановом К.С.(33,3%, 16,6%, 56,6%, 32,7%). В позднем неонатальном периоде у новорожденных детей, извлеченных путём экстренных ОКС ухудшается неврологическая картина с проявлением гипоксически геморрагических поражений Г.М.(30%) с преобладанием ВЖКПст., наблюдаются:

ВУИ(53,3%), пневмонии(43,3%) анемии (26,6%), ОРВИ(17,6%), Тогда как у новорожденных извлеченных плановым путём ОКС отмечались гипоксически ишемические поражения Г.М.(30%) с преобладанием церебриальных ишемий I-II ст и сниженные показатели указанных патологий до 33,3%, 26,6%, 16,6%, 12,4% соответственно.

В связи с чем, напряженное течение процессов адаптации новорожденных, извлеченных путем КС, свидетельствует о необходимости выделения их в особую группу медицинского наблюдения. Организацию выхаживания данных новорожденных необходимо осуществлять на основе единых принципов, включающих мероприятия, по созданию щадящих условий для ранней адаптации. Возможность отдаленных последствий особенностей неонатального периода новорожденных, извлеченных экстренным путем операции КС, диктует необходимость диспансерного наблюдения их в раннем возрасте по индивидуальному плану.

## ВЫВОДЫ

1. За период исследования ( 4 года ) из 22512 родов - 23,6% были путём кесарева сечения. Среди абдоминальных родоразрешений наблюдались роды путём планового кесарева сечения - 62,8% и 37,2% - при срочном вмешательстве. За последние годы наблюдалась тенденция к увеличению количество родов путём К.С. ( 26,6%) и преимущество падало на оперативное родоразрешение экстренным путем ( 29,8%).

К наиболее частым показаниям к оперативному родоразрешению явилось при плановом К.С - неправильное положение плода - 23,3%, особенно с ягодичным предлежанием – 10% , рубец на матке – 20% , а при экстренным оперативном методе абсолютным показанием явилось ФПН – 30%, раннее отхождения околоплодных вод – 30%, нарушение родовой деятельности – 30%, обвитие пуповины - 26,6%, (преэклампсия, эклампсия) - 23,3% и угрожающая гипоксия плода и асфиксия – 16,6%

2. Новорожденных дети, родившиеся от матерей путем экстренного кесарева сечения в подавляющем большинстве, рождаются с низкими оценками ( $P < 0,001$ ) по шкале Апгар , в 3 раза чаще наблюдается асфиксия и более длительно находятся в тяжёлом состоянии (46,6 %), чем при плановых оперативных вмешательствах.

3. Структура заболеваемости детей, раннего неонатального периода, извлеченных путём экстренных ОКС, имеет свои особенности. преобладает патологии органов дыхания (53,3%), связанные с дистресс – синдромом, врожденной пневмонией(23,3%), перинатальным поражением ЦНС (63,3 %), сердечно-сосудистой недостаточностью (40%), что значительно превышает таковые показатели у новорожденных, родившихся при плановом К.С.(33,3%, 16,6%, 56,6%, 30,0%)

4. В позднем неонатальном периоде у новорожденных детей, извлеченных путём экстренных ОКС ухудшается неврологическая картина с проявлением гипоксически геморрагических поражений Г.М.(30%) с преобладанием ВЖКПст., наблюдаются: ВУИ(53,3%), пневмонии(43,3%) анемии (26,6%), ОРВИ(20,0%), тогда как у новорожденных извлеченных плановым путём ОКС отмечались гипоксически ишемические поражения Г.М.(30%) с преобладанием церебральных ишемий I-Пст и сниженные показатели указанных патологий до 33,3%, 26,6%, 16,6%, 13,3% соответственно.

### **Практические рекомендации**

1. Напряженное течение процессов адаптации новорожденных, извлеченных путем КС, свидетельствует о необходимости выделения их в особую группу медицинского наблюдения.
2. Организацию выхаживания данных новорожденных необходимо осуществлять на основе единых принципов, включающих мероприятия, по созданию щадящих условий для ранней адаптации. Возможность отдаленных последствий особенностей позднего неонатального периода новорожденных, извлеченных экстренным путем операции КС, диктует необходимость диспансерного наблюдения их в раннем возрасте по индивидуальному плану.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Статья. Гулямова М. А., Ходжиметов Х.А. Турсунбаева Ф.Ф. Абдуллаева Д.Н. Период адаптации новорожденных детей, родившихся от матерей путем экстренной операции кесарева сечения. // Научно-практический журнал «Молодой учёный». – Казань. – 2018. – №12 (66), – С– 3 – 69.
2. Статья. Гулямова М.А., Турсунбаева Ф.Ф., Абдуллаева Д.Н. Перинатальные поражения нервной системы (ППНС) новорожденных, родившихся от матерей путем экстренной операции кесарева сечения. // Научно-практический журнал «Молодой учёный». – Казань. – 2018– №14 (106), – С – 110.
3. Тезис. Абдуллаева.Д.Н., ГулямоваМ.А.,Факторы риска, приводящиеся к оперативному родоразрешению, путём кесарева сечения. “Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари” мавзусидаги илмий-амалий анжумани тезислар тўплами- 2015й 88 бет.
4. Тезис АбдуллаеваД.Н., Гулямова.М.А., Кулмирзаева Д.Ш. Характеристика некоторых показателей периода адаптации у новорожденных, родившихся от матерей экстренного кесарева сечения // “Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари” мавзусидаги илмий-амалий анжумани тезислар тўплами- 2018 16 бет.
5. Тезис.АбдуллаеваД.Н, Гулямова.М.А. Показатели нейросонографии(НС) новорожденных детей,родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения» // “Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари” мавзусидаги илмий амалий анжумани тезислар тўплами- 2018. 18бет.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУР

### Произведения Президента Республики Узбекистан

1. Доклад Президента Республики Узбекистан Шавката Мирзиёева на торжественном собрании, посвященном 24-й годовщине принятия Конституции Республики Узбекистан // 10.12.2016, ОБЗОР ПРЕССЫ, 10 Декабря /УЗИНФОРМ/.
2. И.А.Каримов. Спорт и здоровая семья - основа формирования Я здорового ребенка и общества // Народное слово, 29.01.2014, №20 (5920), доклад из очередного заседания Попечительского Совета Фонда Развития детского спорта Узбекистана.
1. Указ Президента Республики Узбекистан Шавката Мирзиёева «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» <http://www.press-service.uz/ru/news/5482/>
2. Доклад Президента Республики Узбекистан Ислама Каримова на расширенном заседании кабинета министров, посвященном итогам социально-экономического развития страны в 2015 году и важнейшим приоритетным направлениям экономической программы на 2016 год. <http://www.press-service.uz/ru/news/5226/>
3. Постановление Президента Республики Узбекистан Шавката Мирзиёева «О мерах по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения» <http://www.press-service.uz/ru/news/5579/>
4. Президент Республики Узбекистан Шавкат Мирзиёев «Совершенствование медицинской сферы на уровне современных требований служит интересам человека» <http://www.press-service.uz/ru/news/5483/>

5. Постановление Президента Республики Узбекистан от 13 февраля 2016 года "Здоровый – мать здоровый ребенок опора страны".

## **ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

5. Володин Н.Н. Неонатология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014.

Шабалов Н.П. Неонатология. М.: ГЭОТАР-Медиа 2016

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Абрамченко В.В., Кесарево сечение в перинатальной медицине /Шамхалова И.А. Ланцев Е.А.//- СПб., ЭЛБИ СПб., 2005. Стр. 226.
2. Абрамченко В.В. Цитирование из книги «Активное ведение родов», - СПб., ЭЛБИ СПб., 2005. Стр. 603.
3. Агамирян С.А. Адаптация новорожденных в зависимости от вида анестезии при кесаревом сечении. /Арутюнян А.Г // 2004.Стр. 47.
4. Альбицкий В.Ю. Кесарево сечение в перинатальной медицине адаптация новорожденных . Вопр. Современ. Педиатр. 2006., № 6. - Стр. 8-12.
5. Ананьев Е.В.2007г. Кесарево сечение в перинатальной медицине. СПб.: ЭЛБИ СПб., 2005.-25с
6. Антонов А. Г., «Реанимация и интенсивная терапия новорожденных с асфиксией», Учебник по неонатальной реанимации Американской сердечной ассоциации и Американской академии педиатрии, 2006. Стр.79-95.
7. Ахмадева Э.Н. Клинико — физиологическая характеристика процессов адаптации и научные основы организации выхаживания новорожденных, извлеченных кесаревым сечением //автореф. дис. .. д-ра мед. наук./ М., 1990; Стр. 10.

8. Ахмадева Э.Н. Роль кесарева сечения в развитии респираторного дистресс — синдрома у новорожденных. В кн.: Материалы международной научно-практической конференции «Дыхательные расстройства, нарушения кровообращения и другие актуальные вопросы неонатологии» Харьков. 1993; Стр. 20-21.
9. Ахмадеева Э.Н. Дети после кесаревым сечением. Башкирский государственный медицинский университет./ Еникеева Ю.Д. //2009.Стр. 39.
10. Ахмадеева Э.Н. Особенности микробного пейзажа новорожденных в зависимости от способа родоразрешения. /Амирова В.Р.//Российский вестник перинатологии и педиатрии -2006.-№5: -Стр.19-21.
11. Ахмадеева Э.Н. Психомоторное развитие детей, перенесших неонатальную реанимацию. / Валиулина А.Я.// Росс.Пед. Жур.-2007-№2. - Стр.43.
12. Ахмадеева Э.Н., Енекеева Ю.Д.. Особенности ранней адаптации новорожденных, извлеченных путем операции кесарева сечения\ Практическая медицина 2009, №39, Стр. 5-8.
13. Байбарина Е.Н. Особенности адаптация новорожденных в зависимости от вида анестезии при кесаревом сечении /Е.Н.Байбарина, Л.М.Комиссарова, Е.Г.Катюхина// Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2003.-№4- Стр.8-11.
14. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2001. Стр.49.
15. Белоусова Т.В. Комплексная терапия критических состояний у новорожденных с перинатальными повреждениями ЦНС. Перинатология и педиатрия 2007; 2:30: 41 - 43.
15. Бочарова И.И. Влияние урогенитальной инфекции матери на клинко-иммунологическую адаптацию новорожденного. / И.И. Бочарова, Н.Ф. Башакин, А.Н. Аксенов и др. // Вопр практ педиатрии. - 2006. -№1- Стр.27.

16. Брюханова О.А. Особенности микробного пейзажа новорожденных в зависимости от способа родоразрешения. Российский вестник перинатологии и педиатрии -2006.-№5.-Стр.19-21.
17. Брыксина Е.Ю. Патогенетические аспекты перинатальных поражений центральной нервной системы недоношенных детей. Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2013; 18 (6) (2): 3312 – 3314
18. Валиулина А.Я. /Психомоторное развитие детей, перенесших неонатальную реанимацию.// Росс.Пед. Жур.-2007.-№2. Стр-43.
19. Валодин Н.Н. Особенности иммунологической адаптации у новорожденных детей в норме, при респираторном дистресс синдроме и при пневмонии бактериальной этиологии. / Н.Н. Валодин, М.В.Дегтярева, Д.Н. Дегтярев и др. // Int J Immunorehabilitation -1999. - №11 - Стр.82-89.
20. Владимирова Е.Ю. Состояние центральной нервной системы новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, по данным электроэнцефалографии. / Смирнова Е.Е. //1996; Стр. 55.
21. Володин Н. Н., Рогаткин С. О. Современные подходы к комплексной терапии перинатальных поражений ЦНС у новорожденных. Фарматека. 2004. Стр.1.
22. Володин Н.Н. Основные причины желтуха у новорожденных детей и принципы дифференциальной диагностики. /Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н. // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. -2004.-№5.Стр.18–23.
23. Володин Н.Н. Практические вопросы профилактической перинатологии в российской Федерации. Рос. вест. перинатологии и педиатрии. - 2003.- №4 - Стр. 47.
24. Горбачева А.В. Ближайшие и отдаленные результаты повторного кесарева сечения. Автореферат, 2008 г.// ГРНТИ/. Стр. 29.48. 76.
25. Гребенников В.А. Респираторный дистресс-синдром у новорожденных. /Миленин О.Б., Рюмина И.И.//1995.Стр.136.

26. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж., Рузметова Г. Б., Зияходжаева Н. А. Нарушения в системе гемостаза у новорожденных детей с перинатальным гипоксически-ишемическим поражением головного мозга, родившихся от матерей с рубцом на матке. // Научно-практический журнал «Молодой учёный». – Казань. – 2017. – №10 (144), – С– 13 – 133.
27. Гулямова М.А., Тухтаева У.Д., Ерназарова Б.Ж., Ходжиметов Х.А. Нарушение микрофлоры кишечника новорожденных детей, родившихся от матерей, извлеченных путем кесарева сечением. // Научно-практический журнал «Молодой учёный». – Казань. – 2017– №12 (146), – С–123 – 126
28. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж. «Адаптация новорожденных, извлеченных при операциях кесарева сечения» Ёш олимларнинг «XXI аср – интеллектуал авлод асри» шиори остидаги «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» мавзусидаги илмий-амалий анжумани тезислар тўплами- 2015. 135-136 бет
29. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж., Абдурахмонова Б.Р., Ходжиметова Ш.Х. «Частота встречаемости ППЦНС у новорождённых, родившихся от матерей с рубцом на матке» // Сертификат участника VIII международной студенческой электронной научной конференции «студенческий научный форум» – Москва. – 2016.
30. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж., Ходжиметова Ш.Х. «Встречаемость ППЦНС у новорождённых, родившихся от матерей с рубцом на матке» // Сборник трудов XVII-ой всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке» 13-15 апреля Киров 2016 г – 26 стр
31. Ерназарова Б.Ж., Гулямова М. А., Турсунбаева Ф. Ф., Убайдуллаева С. И. Перинатальная патология новорожденных, родившихся от матерей с рубцом на матке. // Научно-практический журнал «Молодой учёный». – Казань. – 2016. – № 23 (127), – С– 133 – 136.

32. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж., Рузметова Г. Б., Зияходжаева Н. А. Нарушения в системе гемостаза у новорожденных детей с перинатальным гипоксически-ишемическим поражением головного мозга, родившихся от матерей с рубцом на матке. // Научно-практический журнал «Молодой учёный». – Казань. – 2017. – №10 (144), – С– 13 – 133.
33. Гулямова М.А., Тухтаева У.Д., Ерназарова Б.Ж., Ходжиметов Х.А. Нарушение микрофлоры кишечника новорожденных детей, родившихся от матерей, извлеченных путем кесарева сечением. // Научно-практический журнал «Молодой учёный». – Казань. – 2017– №12 (146), – С–123 – 126.
34. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж. «Адаптация новорожденных, извлеченных при операциях кесарева сечения» Ёш олимларнинг «XXI аср – интеллектуал авлод асри» шиори остидаги «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» мавзусидаги илмий-амалий анжумани тезислар тўплами- 2015. 135-136 бет.
35. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж., Абдурахмонова Б.Р., Ходжиметова Ш.Х. «Частота встречаемости ППЦНС у новорождённых, родившихся от матерей с рубцом на матке» // Сертификат участника VIII международной студенческой электронной научной конференции «студенческий научный форум» – Москва. – 2016.
36. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж., Ходжиметова Ш.Х. «Встречаемость ППЦНС у новорождённых, родившихся от матерей с рубцом на матке» // Сборник трудов XVII-ой всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке» 13-15 апреля Киров 2016 г – 26 стр.
37. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж. «Клинические проявления неврологических расстройств у новорожденных детей, рожденных от матерей с рубцом на матке» // “Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари” мавзусидаги илмий-амалий анжумани тезислар тўплами- 2017. 77 бет.

38. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж. «Структура заболеваемости у новорожденных детей, рожденных от матерей с рубцом на матке» // «Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари» мавзусидаги илмий амалий анжумани тезислар тўплами- 2017. 78 бет.
39. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж. «Клинические проявления неврологических расстройств у новорожденных детей, рожденных от матерей с рубцом на матке» // «Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари» мавзусидаги илмий-амалий анжумани тезислар тўплами- 2017. 77 бет.
40. Гулямова М. А., Ерназарова Б.Ж. «Структура заболеваемости у новорожденных детей, рожденных от матерей с рубцом на матке» // «Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари» мавзусидаги илмий амалий анжумани тезислар тўплами- 2017. 78 бет.
41. Ерназарова Б.Ж., Гулямова М. А., Турсунбаева Ф. Ф., Убайдуллаева С. И. Перинатальная патология новорожденных, родившихся от матерей с рубцом на матке. // Научно-практический журнал «Молодой учёный». – Казань. – 2016. – № 23 (127), – С– 133 – 136
42. Елена Н. Е. Рожденных с помощью кесарева сечения. 2010. Стр.207.
43. Землянская Н.В. Некоторые особенности перинатальных поражений центральной нервной системы у недоношенных новорожденных. Вопросы современной педиатрии. 2009; 8(3):8-12.
44. Ипполитова. Л.И. Адаптивные возможности новорожденных, родившихся путем операции кесаревым сечением. /Журнал Педиатрия.2009. Стр. 35.
45. Ипполитовна Л.И. Сравнительная оценка развития детей, рожденных с помощью кесарева сечения и путем естественных родов./ Лонгвинова И.И Кравченко В.П//Педиатрическая фармакология 2009; т. 6; 1: Стр.99-100.
46. Касымова Н. А. «Адаптивные возможности новорожденных, родившихся путем операции кесаревом сечением, в зависимости от вида анестезия./

- Умарова З.С// Материалы 4 Ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины. 2009г. Стр. 50.
47. Кулаков В.И. «Кесарево сечение»// Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. 2-е изд., перераб., испр. и доп.-М.:Триада-Х./2004.Стр.320.
- 48.Кульков А.Р. Кесарево сечение и перинатальной медицине. / Щерблыкин А.А.// Журнал Педиатрия. 2005. Стр.35.
- 49.Ланцев Е.А., Кесарево сечение и перинатальной медицине. //СПб.: ЭЛБИ СПб., /2005.Стр.35.
- 50.Логвинова И.И., Каледина Е.Я., Крутских Е.Л., Хатунцев А.В. Течение периода адаптации у детей, рожденных от матерей с рубцом на матке. «Современная перинатология: организация, технологии, качество», Москва 2014-Стр. 13
- 51.Любименко В. «Асфиксия новорожденных» / А., Пальчик А. Б., Ярославский В. К.// М.: Медпресс-информ, 2003.Стр.74.
- 52.Мавлонходжаев Р.Ш. «Адаптивные возможности новорожденных, родившихся путем операции кесарево сечения, в зависимости от вида анестезия. 2008. Стр.41.
- 53.Мельникова М.А. Транзиторное тахипноэ у новорожденного. /Рябчикова Н.П., Ликунов Е.Б., Делягин В.М., Блохин Б.М.//Детская больница.- 2008.- №2. - Стр.56-58.
- 54.Николаева И.В. Состав кишечной микрофлоры у детей, рожденных путем кесарева сечения. /Анохин В.А., Купчихина Л.А., Герасимова Е.С.// Вестник уральской медицинской академической науки -2008.№ 2. Стр.108-110.
- 55.Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери. Резервы снижения. /Юрасова Е.А., Бутко Т.М.// М.: Литера, 2008. Стр. 77.
- 56.Реен К.Л. Кесарево сечение и перинатальной медицине. 2006. Стр-39.
- 57.Рогаткин С.О., Людковская Е.В., Володин Н.Н. Лечение детей, перенесших перинатальную гипоксию в периоде ранней неонатальной адаптации. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2010; 4:3:37 –

- 58.Савельева Г.М. Кесарево сечение и перинатальной медицине. 2008.Стр.71.
- 59.Самсыгина Г.А. Здоровье плода и новорожденного: современное состояние и прогноз. /Дементьева Г.М., Талалаев А.Г. // Педиатрия. -1999.-№ 5.- Стр. 4–6.
60. Сайфутдинова С.Р. Клинико – патогенетические аспекты перивентрикулярной лейкомаляции у детей (иммуногенетические параллели и подходы к терапии). Автореферат. Ташкент, 2011, с.20.Сичинова Л.Г. Перинатальные гипоксические поражения центральной нервной системы плода и новорожденного: Дис. ...д-ра мед. наук. – М., 1993.Стр.102.
- 61.Смирнова Е.Е. Состояние центральной нервной системы новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, по данным электроэнцефалографии. 1996. Стр. 4- 16.
- 62.Стрижаков А.Н. Беременность и роды после кесаревым сечением. /Давыдов А.И., Кузьмина Т.Е. // М.: ММА 2003. Стр.46- 62.
- 63.Сухих В.Т. Иммуитет и генитальный герпес. / Ванько Л.В., Кулаков В.И. // Н. Новгород: НГМА 1997. Стр.224.
- 64.Сушко Е.П. Неонатология. / Новикова В.И., Тупкова Л.М.//- Минск, 1998. Стр.47.
- 65.Халимбетов Г.С. Оценка адаптивных возможностей новорожденных и детей раннего возраста при гипоксически – ишемических поражениях центральной нервной системы. Вопросы детской неврологии – 2 (54), 2012, с. 31 – 33.
- 66.Чернуха Е.А. Течение послеоперационного периода и периода адаптации новорожденных в зависимости от вида обезболивания при операции кесарева сечения. /Комисарова Л.М., Байбарина Е.Н. и др. // Акушерство и гинекология. – 2003. - №3.Стр.12-15.
- 67.Чернуха Е.А. Течение послеоперационного периода и периода адаптации новорожденных. Стр-57.2007г.

- 68.Шамансуров Ш.Ш., Саидазизова Ш.Х., Самадов Ф.Н. Перинатальная патология новорожденных, родившихся путем кесарева сечения\ Педиатрия 2012, №3-4, Стр.153-156
- 69.Шарапова О.В. Состояние и перспективы развития акушерской и неонатологической помощи в стране. Педиатрия. - 2003. - №1. –Стр.7–13.
- 70.Эзутаган С. Г. Перинатальная асфиксия: материалы конференции «Первичная и реанимационная помощь новорожденным в родильном зале. Результаты внедрения приказа МЗ РФ № 372. Проблемы. Перспективы развития». Самара, 2000.
- 71.Askin, D. Acute Respiratory Care of the Neonate, 2<sup>nd</sup> edition. NICU INK, Petaluma, California.1997; 22.
- 72.Berkus M. D., Langer O. et al. // Obstet. and Gynecol. — Vol/ 84, N 1. – P. 1994; 115-120
- 73.Bhuta T, Henderson-Smart DJ: Elective high frequency jet ventilation versus conventional ventilation for respiratory distress syndrome in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000328
- 74.Bhutta,Z.et al.”Is Management of Neonatal Respiratory Distress Syndrome Feasible in Developing Countries? Experience from Karachi (Pakistan).” Neonatal Intensive Care, 12:7, pages 58-64, Nov/Dec 1999.
- 75.Davis A.S. Perinatal neuroprotection for extremely preterm infants. Amer J Perinatol. 2016; 33:290-6.
76. Dixon B.J., Ries C. Neuroprotective strategies after neonatal hypoxic ischemic encephalopathy. Int. J. Mol. Sci. 2015; 16 (9): 22 368 – 401.
- 77.Cloherly John P.,Stark Ann R. Manual of Neonatal Care 1997;391.
- 78.Coughtrey H., Jeffery H. E., Henderson- Smart D. J., Storey B. // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol. 1991;31, (2): 97-102.
- 79.Gressens P., Langston C., Martin J.R. Insitu PCR Localization of herpes DNA sequences in disseminated neonatal herpes encephalitis // J. Neuropathology. Exp. neurol. 1994; 53: 469–482.

- 80.Guidelines' for vaginal birth after previous caesarean birth. // J. Obstetric. Gynecol. Can. 2005; 155: 164-174.
- 81.Jain L., Dud ell G. Respiratory transition in infants delivered by cesarean section. Seminars in perinatology 2006; 296-304.
- 82.Kimberly D.W. Herpes simplex virus, meningitis and encephalitis neonates' herpes. 2004; 11: 65–76.
- 83.Manuck TA. Obstetrical and neonatal perspectives on prematurity. Amer J Perinatol. 2016; 33:221.
- 84.Manning F. A., Platt L. D. et al. // Cur. Pract. Obstet. Gynecol. 1994; 1. 11 (2): 424-431.
- 85.Mladina N.E. TORCH infections in mothers as a cause of neonatal morbidity.neonatal d. 1999; 81: 24-29.
- 86.Mehikis G., Pasic A. TORCH infections in mothers as a cause of neonatal morbidity. Med Arch 2000; 54: 5-6:273-276.
- 87.Mostad S.B., Kreiss J.K., Ryncarz A.J.et al. Cervical shedding of cytomegalovirus in human immunodeficiency virus type 1 — infected women. J.Med.Viral. 1999; 59(4) : 469-473.
- 88.Newton E.R. Obstetr.and Gynecol. 2007; 109(4) : 796-797.
- 89.Nicholson J.M. Kellar L.C. The impact of the interaction between increasing gestational age and obstetrical risk on birth outcomes: evidence of a varying optimal time of delivery. J. Perinatol. 2014: 26:329 – 402.
- 90.Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. 5 thedition. NordicCouncilofMinisters, 2014.
- 91.Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. 5 thedition. NordicCouncilofMinisters, 2014.
- 92.Placha K., Luptakova D., Baciak L. Neonatal brain injury as a consequence of insufficient cerebral oxygenation. NeuroEndokrinol. Lett. 2016; 37 (2): 79 – 96.
- 93.RajuTonse N.K., Ariagno R.L., Higgins R. Research in Neonatology for the 21st Century: Executive Summary of the National Institute of Child Health and

- Human Development – American Academy of Pediatrics Work – shop. Part I: Academic Issues. *Pediatrics* 2015; 115: 468 – 474.
94. Riehn A., Riehn F., Wiedemann B. *Z. Geburtsh. Neonatol.* 1995. 199 (3) :103-106
95. Robertson B. Pathology and pathophysiology of neonatal surfactant deficiency ("respiratory distress syndrome," "hyaline membrane disease"). In: Robertson B, Van Golde LMG, Batenburg JJ, eds. *Pulmonary surfactant*. Amsterdam: Elsevier Science 1984; 103:1156-40.
96. Ro-chat, Goubet & Senders 1999; 10: 1214-14.
97. Rozenberg F., Polmer P., Les infections a cytomegalivirus au cours de la grossesse. *Concours med.* 1999;121(22) : 1679-1682.
98. Signore C., Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clin Perinatol.* 2008; 35: 361-371.
99. Vaginal Birth after Previous Caesarean Delivery. - Washington, 2004; 74: 22-100.
100. Wu Q., Chen W., Sinha B. Neuroprotective agents for neonatal hypoxic ischemic brain injury. *Drug. Discov. Today.* 2015; 20 (11): 1372 – 81
101. World Health Organization. *Born too soon: The global action report on preterm birth*, 2012
102. Wu Q., Chen W., Sinha B. Neuroprotective agents for neonatal hypoxic ischemic brain injury. *Drug. Discov. Today.* 2015; 20 (11): 1372 – 81.