

Саломова Ф.И., Қобилжонова Ш.Р.,
Садуллаева Х.А., Тошматова Г.А.

**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА
РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С
ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС, РОЖДЁННЫХ ПУТЁМ
ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Монография



Ташкент – 2023

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**



«TASDIQLAYMAN»

Munofaqlashtiruvchi ekspert kengashi

Umsi t.f.d., professor

X.S. Axmedov

2023 y.

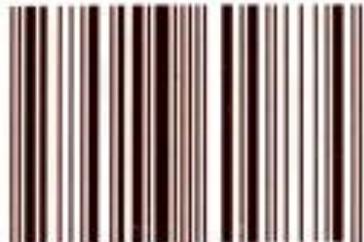
Salomova F.I., Qobiljonova Sh.R., Sadullayeva X.A., Toshmatova G.A.

**«ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС, РОЖДЕННЫХ ПУТЁМ
ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ»**

(monografiya)

Toshkent 2023

ISBN 978-9943-6008-7-4



9 789943 600874 >

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
- Т.Е. - то есть
- ТТН - транзиторное тахипноэ новорожденных
- ФР - физиологические роды
- ЦМВ - цитомегаловирус
- ЦНС - центральная нервная система
- ЧСС - частота сердечных сокращений

1. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА, КАК ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ.

Учитывая вековые традиции, присущие нашему народу, и в целях дальнейшего повышения уровня проводимой работы по осуществлению широкого комплекса мер, направленных наиболее глубокое осознание и утверждение в обществе важной жизненной ценности и благородной идеи «здоровая мать - основа счастливой семьи, счастливая семья-основа процветающего государства», совершенствование системы охраны семьи, материнства и детства, формирование в обществе атмосферы особого почтения и уважения к матерям, воспитание здорового и гармонично развитого поколения, укрепление сотрудничества органов государственной власти на местах общественных организаций в становлении крепкой, здоровой и дружной семьи.

Системные преобразования, происходящие в сфере здравоохранения Узбекистана, позволили значительно повысить качество оказания медуслуг населению. По всем направлениям медицины сейчас проводятся широкомасштабные реформы. Среди приоритетных - охрана здоровья матери и ребенка.

Связи с чем под руководством Президента Республики Узбекистан Мирзиёева Ш.М. осуществляются широкомасштабные меры, направленные на формирование гармонично развитого поколения. Оказывается действенная государственная поддержка, сформирована эффективная многоуровневая система защиты прав и интересов молодежи. Прежде всего, в годы независимости Узбекистан ратифицировал ряд международных документов и последовательно выполняет обязательства, вытекающие из их положений. Примечательно, что одним из первых стала Конвенция ООН о правах ребенка.

На законодательном уровне закреплены основные направления государственной политики по защите прав ребенка, полномочия органов государственной власти и управления по их обеспечению. Важную роль сыграли принятые в последние годы

госпрограммы Года молодежи, Года развития и благоустройства села, Года гармонично развитого поколения, Года семьи, Года благополучия и процветания, содержащие практические действия по охране материнства и детства. Согласно им проводится масштабная работа по защите интересов семьи, дальнейшему развитию инклюзивного образования, духовному воспитанию детей, ограждению создания молодежи от чуждых нашему менталитету идей, негативного воздействия массовой культуры.

Благодаря реформированию системы здравоохранения населению оказывается медицинская помощь, полностью отвечающая мировым стандартам. Это способствовало снижению материнской и детской смертности и заболеваемости более чем в три раза и соответствует принятым Узбекистаном обязательствам по достижению целей развития тысячелетия.

Сегодня мировым сообществом широко признаны высокие результаты проводимых в Узбекистане реформ по охране здоровья и обеспечению счастливой жизни каждого ребенка. Это еще одно яркое подтверждение того, что все преобразования в нашей стране осуществляются прежде всего для человека и его благополучия.

Повышенное внимание к этим жизненно важным вопросам стало одним из главных приоритетов руководства Узбекистана, не жалеющего сил и средств для обеспечения прогресса. Это неудивительно в стране, где дети и подростки составляют более десяти миллионов. У всех на памяти года интересы человека, семьи, женщин, здорового поколения, матери и ребенка, доброты и милосердия, здоровья, благотворительства и медицинских работников, социальной защиты, молодежи, гармонично развитого поколения. Соответствующие государственные программы, законы, указы и постановления Президента и Кабинета Министров позволили реализовать целый комплекс мероприятий по развитию всех сфер, особенно образования и здравоохранения, как основных факторов формирования духовно и физически подготовленных юношей и девушек - главной надежды республики.

Большое внимание уделено и таким важным вопросам, как укрепление здоровой атмосферы в семье, ее экономических и духовно-нравственных основ, повышения качества начального образования, совершенствования образовательных стандартов,

учебных программ, учебников и пособий, широкого внедрения в практику передовых педагогических и информационно-коммуникационных технологий. Будут намечены и реализованы конкретные мероприятия по активной пропаганде здорового образа жизни, приобщению детей к физической культуре и спорту.

Все наши успехи, достигнутые за весь период независимого развития на пути формирования демократического государства и гражданского общества, обеспечение устойчиво развивающейся экономики, достойного места, которое занимает наша страна на международной арене, базируются именно на таком подходе, когда воспитание здорового и гармонично развитого поколения находится в центре внимания государства и общества, остается приоритетным направлением нашей политики [2].

Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах. Данный документ по своей сути стал "дорожной картой" системных реформ во всех сферах жизни нашего общества. В рамках реализации Стратегии действий только в этом году принято более 20 законов и свыше 700 подзаконных актов. В данной стратегии было подчеркнута дальнейшая реализация комплексных мер по укреплению здоровья семьи, охране материнства и детства, расширению доступа матерей и детей к качественным медицинским услугам, оказанию им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, снижению младенческой и детской смертности.

Указом Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УП-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 — 2026 годы» определены задачи по совершенствованию системы оказания высокотехнологичной медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям, оснащению перинатальных центров необходимой медицинской техникой и оборудованием, их укомплектованию квалифицированными кадрами.

Социальная политика, осуществляемая на протяжении последних пяти лет, создала возможность охраны материнства и детства на системной основе, в результате достигнуто снижение материнской и младенческой смертности.

На протяжении последних пяти лет отечественное здравоохранение переживает ряд реформ, в сфере создана прочная правовая база, регулирующая все этапы ее

развития. Приняты Указ главы государства «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, которым утверждены Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы и Программа мер по реализации Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан в 2019-2021 годах, постановления Президента «О мерах по развитию государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения» от 16 апреля 2019-го и «О повышении качества и дальнейшем расширении охвата медицинской помощью, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям» от 8 ноября 2019-го.

В рамках реализации этих документов и с учетом развития в стране медицинской науки расширился ряд специальностей в сфере. К примеру, одним из прорывных событий стало принятие 11 марта 2019 года Закона «Об охране репродуктивного здоровья граждан». Документ отражает заботу государства о благополучии будущих поколений, обозначает основные принципы и направления государственной политики в области обеспечения репродуктивных прав населения. Проводимая в этом направлении работа играет огромную роль в формировании здорового и всесторонне развитого поколения. Стоит задача наладить процесс своевременного выявления рисков для здоровья, внедрить обязательные профилактические медицинские осмотры.

Сегодня отечественными медиками проводится большая работа по повышению сознательности населения в вопросах здоровья. Это достигается посредством популяризации ЗОЖ, ответственного подхода к продолжению рода. К сожалению, многие недостаточно компетентны в данном вопросе, а кто-то и вовсе не имеет представления о том, что любое, даже самое малейшее нарушение в организме сказывается на возможности в дальнейшем иметь здоровых детей. Вот почему во главу угла ставится просветительская работа, в частности с подростками. И здесь необходимо учитывать формирование личностных психофизиологических характеристик, состояние психики и нервной системы.

Важно подчеркнуть и то, что согласно данным ООН коэффициенты материнской и младенческой смертности являются одними из базовых в оценке общего уровня социально-демографического развития государства. Это также один из основных

индикаторов социального положения населения и национальной системы здравоохранения. Так, один из пунктов Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах подразумевает комплексное улучшение системы здравоохранения. И охрана материнства и детства - среди наиважнейших моментов.

Забота о подрастающем поколении и женщинах - фактор достижения прогресса. Поэтому за последние годы во всех районных и городских многопрофильных центральных поликлиниках созданы кабинеты пренатального скрининга, оснащенные современными ультразвуковыми аппаратами. Это сделано для того, чтобы беременные женщины были охвачены скрининг-обследованием, необходимым для выявления патологий. Впервые в истории отечественной медицины в педиатрических учреждениях регионов начато комплексное лечение в области неонатальной хирургии, кардиохирургии, малоинвазивной хирургии и гинекологии девочек. Кроме того, на базе отделения детской гинекологии клиники ТашПМИ осуществляет свою деятельность Республиканский центр здоровья девочек, а также центры здоровья девочек - на базе отделений детской гинекологии детских многопрофильных медицинских центров Республики Каракалпакстан и областей, Ташкентского городского подросткового диспансера.

В результате проводимых реформ укрепляется здоровье женщин, значительно снижаются материнская и младенческая смертность. Для этого в стране принята Программа мер по повышению качества и дальнейшему расширению охвата медицинской помощью, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям, на 2019-2023 годы. В соответствии с постановлением Президента «О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний у детей на период 2018-2022 годы» от 25 декабря 2017-го в республике создана сеть современных перинатальных центров, укреплен материально-техническая база центров «Скрининг матери и ребенка», обеспечивающих необходимые условия для рождения здоровых детей, раннего выявления патологий у беременных женщин и младенцев. Это помогает обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения женщин и детей.

На видеоселекторном совещании по мерам совершенствования первичного звена системы здравоохранения и формирования здорового образа жизни среди населения от 6 ноября 2020-го лидер страны затронул вопросы охраны материнства и детства. Приведены данные, согласно которым уровень дефицита фолиевой кислоты и железа встречается у 40 процентов соотечественниц, а у 55 процентов детей в возрасте до пяти лет наблюдается анемия, вызванная нехваткой железа. Более того, 70 процентов детей дошкольного и школьного возраста страдают кишечными паразитарными заболеваниями. И так как благополучие и здоровье женщин и детей находятся под пристальным вниманием государства, с 1 июня текущего года детям до пяти лет начата бесплатная выдача витаминов и питательных микронутриентов, детям до десяти лет - противопаразитарных средств, а беременным женщинам, кормящим матерям и детям до 15 лет - йодные препараты. Эти лекарства и витамины раздаются семейными врачами.

- Если здорова женщина, здорова нация, ведь от ее благополучия зависит судьба будущих поколений. Для обеспечения здоровья следует принимать не только своевременное лечение, но и профилактические меры, предотвращающие развитие заболеваний, - говорит директор Республиканского центра репродуктивного здоровья, доктор медицинских наук Шахноза Зуфарова. - Разъяснительная работа проводится среди общественных активистов, школьниц и студенток, а также студентов в форме лекций и открытых занятий. Для оказания амбулаторной помощи во всех районах и городах страны при многопрофильных центральных поликлиниках организованы отделения здоровья девочек, занимающие особое место в развитии современной инфраструктуры по оказанию высокотехнологичной, специализированной квалифицированной медицинской помощи девочкам и девочкам-подросткам.

Проводимая в этом направлении работа - один из факторов достижения Целей устойчивого развития ООН. Поскольку здоровье занимает центральное место в жизни человека, ЦУР № 3 носит название «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте». Так, эта цель будет осуществляться посредством обеспечения всеобщего доступа к качественному медицинскому обслуживанию и охраны материнского здоровья, образования, питания и благоприятной окружающей среды.

В современном Узбекистане реформы в сфере просвещения и здравоохранения реализуются ускоренными темпами. Весь процесс направлен на укрепление здоровья народа, приобщение граждан к соблюдению основ правильного образа жизни, повышение медицинской грамотности населения, особенно женщин, детей и молодежи. Помимо прочего, приоритетной задачей на сегодня является создание необходимых условий для того, чтобы каждый гражданин мог ощутить заботу, оказываемую со стороны руководства республики. Работа в этом Направлении только продолжается. Ее результаты не заставят себя ждать.

Наряду с этим в отдаленных районах требуется организация системы целевого направления медицинской помощи на высоком уровне, повышение эффективности медицинских услуг, оказываемых матери и ребенку, дальнейшее улучшение амбулаторной помощи, развитие экстренной и специализированной медицинской помощи, внедрение программ медицинской генетики и современного скрининга.

2. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.

В настоящее время проблема профилактики и контроля инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи сохраняет свою актуальность, т.к. отражает качество оказываемой населению медицинской помощи и причиняет значительный экономический ущерб здравоохранению страны [1, 16, 30]. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи - это термин, для обозначения группы инфекций, в котором отображается современное представление о внутрибольничных инфекциях в соответствии с международными подходами. Общим критерием для отнесения инфекций служит то, что их возникновение связано с оказанием медицинской помощи (лечение, диагностика, профилактика и т.п.) [15]. Наибольшее число патологий ежегодно регистрируется в родовспомогательных учреждениях и составляет 33,0 % от всех случаев данной группы инфекций. По-прежнему риск инфицирования госпитальными штаммами микроорганизмов остается высоким в отделениях новорожденных и недоношенных детей, отделениях реанимации и интенсивной терапии и согласно официальной статистике, частота гигиенических патологий у

новорожденных составляет 16,8%. Из общего числа гнойносептических инфекций новорожденных (ГСИ) 93,8% выявлены в акушерских стационарах, 6% – в детских стационарах. Среди родильниц эта группа инфекций достигает 13,7%, из которых 99,7% выявляется в родовспомогательных учреждениях, остальные в стационарах хирургического профиля и прочих стационарах. Согласно выборочным исследованиям истинная заболеваемость патологий в учреждениях родовспоможения в несколько раз превышает официально зарегистрированную, нередко случаи сокрытия случаев заболеваемости среди новорожденных и родильниц [14].

В структуре послеродовой заболеваемости у родильниц наиболее часто встречаются маститы, нагноения послеоперационной раны после кесарева сечения, послеродовой эндометрит [6]. К группам риска развития патологий среди новорожденных, по мнению ряда исследователей [18, 20, 26], относятся: недоношенные дети с малым гестационным возрастом (до 32 недель и показателях шкалы Апгар на 5-й минуте менее 5 баллов), особенно высок риск инфекций у детей с экстремально низкой массой тела (меньше 1000 г); наличие у новорожденных перинатальной патологии; перенесенные; дети от матерей, имеющих острые и хронические соматические и инфекционные заболевания, а также от матерей, перенесших во время беременности острые инфекции; родившиеся путем операции кесарева сечения; с врожденными аномалиями развития; с родовой травмой; с синдромом дыхательных расстройств; перенесшие хроническую внутриутробную гипоксию или асфиксию в родах. Также необходимо учитывать незрелость иммунной системы новорожденных и детей раннего возраста в целом, что делает их особенно восприимчивыми к инфекциям, особенно вызванным полирезистентными внутрибольничными штаммами микроорганизмов.

Факторами риска развития патологий в акушерских стационарах являются: инвазивные лечебнодиагностические вмешательства (инъекции, трансфузии, сосудистые катетеры и мочевыводящих путей, забор крови, пункции, интубационные трубки и т.д.); сложное технологическое оборудование (аппараты искусственной вентиляции легких, ингаляторы и др.); длительный период госпитализации при различного рода осложнениях (более 7 сут.).

Состояние эпидемиологической обстановки в родовспомогательных учреждениях

и больничная среда оказывает существенное влияние на скорость распространения ИСМП [26]. К гигиеническим факторам, способствующим развитию ИСМП в акушерских стационарах, относятся: недостаточное материально-техническое оснащение оборудованием, инструментарием, перевязочным материалом; недостаточный набор и площади помещений; перекрест технологических потоков; нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции; аварийные ситуации в водопроводной и канализационной системах; нехватка современных дезинфицирующих средств [5, 31].

Поиск путей снижения перинатальной заболеваемости и смертности при преждевременных родах изменил показания к проведению операции кесарева сечения - десять лет назад операция проводилась по жизненным показаниям по стороны матери. В настоящее время оперативное родоразрешение при преждевременных родах часто проводится и по показаниям со стороны плода. Это случаи тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии, которые обуславливают длительное внутриутробное страдание плода, а также предлежание плаценты, отслойка нормально расположенной плаценты, тяжелый поздний гестоз и неправильные положения плода (косое, поперечное, ягодичное и ножное) [27, 31, 23, 1].

За последние 5 лет частота родоразрешения путем операции кесарева сечения возросла и составила 14,3%. Частота КС при преждевременных родах за 10 лет выросла в 4,5 раза - с 8,2% до 36,7%, при этом перинатальная смертность после данного способа родоразрешения снизилась с 41,6‰ до 30,3‰ [35].

Родоразрешение путем операции кесарева сечения ведет к снижению заболеваемости и ранней неонатальной смертности недоношенных новорожденных при некоторых акушерских ситуациях [90, 139, 137, 61, 32, 79, 106]. Однако по мнению ряда авторов расширение показаний к операции кесарева сечения оправдано лишь до определенных пределов [16, 19, 122]. Высокий уровень частоты оперативного вмешательства при отсутствии выраженных факторов риска не сопровождается дальнейшим снижением перинатальной смертности.

Проблема репродуктивного здоровья нации давно вышла за рамки медицинской и стала социальной, требующей решений на государственном уровне (Рошаль Л.М., 2013;

«Публичная декларация целей и задач» МЗ РФ, 2013; Отчет совета по реализации нацпроектов и демографической политике, 2013).

Одной из составляющих гигиенических проблем является состояние здоровья женщин репродуктивного возраста, которое напрямую связано с течением беременности и родов, а также состоянием здоровья новорожденных [4,9,58]. Возрастающий в последние годы удельный вес экстрагенитальной и генитальной патологии, нежелательных беременностей и, как следствие, аборт, а также заболеваний, передаваемых половым путем, лишь подчеркивает масштабы данной проблемы [9,18,58]. Поэтому изучение различных аспектов физиологически протекающей беременности в современных условиях невозможно ограничивать стандартным лабораторным обследованием беременных. Известна важная роль микробиоты влагалища и кишечника, постоянно взаимодействующей с Toll-подобными рецепторами, что обеспечивает осуществление важных физиологических функций в макроорганизме: защиту от инфекции и поддержание тканевого гомеостаза. Для стабильной колонизационной резистентности в осуществлении обеих функций очень важное значение имеют лиганды и биологически активные вещества бифидобактерий и лактобацилл, населяющих организм здоровой женщины [9,18,58]. Исследование микрофлоры влагалища со сложной эволюционно сложившейся экосистемой особенно актуально для беременных, так как аксиомой является тот факт, что в первую очередь именно данный биотоп является источником симбионтной микрофлоры для новорожденного [9,37,18,58].

Однако, наряду с классической теорией заселения микроорганизмами основных экологических ниш новорожденного, появилась и другая точка зрения, свидетельствующая о транслокационном механизме заселения плода, в частности желудочно-кишечного тракта, во второй половине беременности [6,7,28,58].

Данное обстоятельство требует более детального изучения становления микрофлоры новорожденного при естественном родоразрешении и находится в контексте фундаментального изучения микробиома человеческого организма «Human Microbiome Project», инициированного в США [18,58].

Увеличивающаяся в последние годы частота кесарева сечения подчеркивает

актуальность изучаемой проблемы формирования и становления симбионтной микрофлоры новорожденного [9,37,18,58].

Другие же утверждают, что исход новорожденного ребенка определяется тяжестью и длительностью внутриутробного страдания, степенью недоношенности и незрелости, своевременностью и качеством медицинской помощи до и после рождения, и не разделяют мнение о расширении показаний для родоразрешения путем операции кесарева сечения [98, 45,56, 85, 126,81].

При выборе метода родоразрешения важна оценка состояния плода. Выявление нарушения жизнедеятельности плода, с одной стороны, может служить показанием к проведению операции кесарева сечения, а с другой - противопоказанием, так как при тяжелой гипоксии и малой вероятности рождения жизнеспособного ребенка, абдоминальное родоразрешение нецелесообразно [3]. Определение «потенциальной жизнеспособности» плода играет решающую роль в исходе новорожденного. Часто неблагоприятный исход обусловлен тем, что новорожденные оцениваются «нежизнеспособными» и не получают адекватной помощи [70]. Используя современные технологии (кардиотокография, доплерометрия артерий

пуповины, внутренней сонной и средней мозговой артерий плода), можно прогнозировать степень риска поражения головного мозга, выбрать правильную тактику ведения беременности и родов, и тем самым предупредить поражение ЦНС у новорожденного. При низком риске предпочтительны самопроизвольные роды или операция кесарева сечения в плановом порядке. При среднем риске желательно роды вести через естественные родовые пути при постоянном мониторинговом контроле, и при нарастании риска провести оперативное родоразрешение. При высоком риске предпочтение отдается плановому или экстренному кесареву сечению [6].

Исследования гигиенической численности заболеваемости и летальности недоношенных детей, показали, что важна и правильная оценка имеющихся факторов риска. Родоразрешение через естественные родовые пути оправдано при сохранности плодного пузыря, нормальных размерах таза, ожидаемых быстрых родах и отсутствии выраженных факторов риска. В сомнительных случаях, операция кесарева сечения предпочтительнее, если предполагаемая масса плода <1500 г или срок гестации меньше

32 недель [142, 119].

Помимо осложнений беременности важными критериями при определении рациональности проведения операции кесарева сечения, являются масса плода, вид предлежания и срок гестации. По мнению Н. Wolf et al. (2019) при сроках гестации от 26 до 31 недель летальность и частота неврологических осложнений у недоношенных детей не зависят от вида родоразрешения. Позитивными факторами, влияющими на выживаемость недоношенных детей, являются более высокие показатели массы тела при рождении и применение антенатальной кортикостероидной терапии более чем за 24 часа до рождения. Негативным фактором является ножное предлежание плода. И.В. Дуда с соавт. (2014) доказали, что перинатальная смертность при кесаревом сечении при сроке 28-32 недель была 8 раз больше, чем при сроке 33-37 недель.

Большое значение имеет предполагаемая масса плода, т.к. заболеваемость, особенно травматизм, и смертность новорожденных тем выше, чем меньше масса тела при рождении [24].

Сравнительный анализ заболеваемости недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении в зависимости от метода родоразрешения и вида предлежания показал, что при неправильных положениях плода (ягодичное, ножное, поперечное косое), заболеваемость детей после операции КС достоверно была ниже, чем у детей после естественных родов. Между 2 группами детей, родившимися путем операции кесарева сечения в головном предлежании и при неправильных положениях плода, не было обнаружено различий в исходах. Напротив, после естественных родов при неправильных положениях плода, отмечалась более высокая заболеваемость и смертность детей, чем при головном предлежании [145, 72].

По мнению А. Weissman родоразрешение путем операции кесарева сечения имеет благоприятный прогноз для новорожденных, родившихся с массой тела от 1000 до 2019 г в ягодичном предлежании. Оценки по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни были выше в группе детей, родившихся путем КС с массой тела менее 2500 г. У новорожденных с массой тела более 2500 г при рождении, не выявлено зависимости этих данных от вида родоразрешения [134].

D. Mattem et al. исследовали раннюю заболеваемость и смертность недоношенных

детей в зависимости от способа родоразрешения и вида предлежания, и выявили, что дети, родившиеся путем операции кесарева сечения в ягодичном предлежании с массой тела менее 1500 г, имели лучшие исходы. Заболеваемость детей с массой тела менее 1500 г в головном предлежании не зависела от метода родоразрешения.

Анализ влияния способа родоразрешения на исходы детей, родившихся с массой тела меньше чем 1500 г в головном предлежании, показал, что по частоте летальности, состоянию в раннем периоде и отдаленных исходах к 1 году, между группами не было различий. Данные результаты предполагают, что при выборе способа родоразрешения предполагаемая масса плода не должна быть единственным и решающим показателем [102].

Одним из наиболее распространенных показаний для адоминального родоразрешения является тяжелый поздний гестоз. При поздних гестозах тактике родоразрешения придается особое значение, так как осложнения родовой деятельности могут усугубить нарушения в такой степени, что ребенок может родиться мертвым или в состоянии тяжелой асфиксии [30]. Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения наиболее высока при тяжелых формах гестозов - преэклампсии и эклампсии. Наиболее благоприятные перинатальные исходы наблюдаются при проведении КС в плановом порядке, в сравнении с неотложным оперативным родоразрешением и естественными родами [100].

Сравнительное исследование состояния здоровья детей, родившихся у здоровых матерей и у матерей с гестозами до 35 недели гестации, не выявило различий между ними по частоте респираторных нарушений, внутрижелудочковых кровоизлияний, некротического энтероколита, сепсиса и летальности, независимо от тяжести гестоза и сроков гестации [68].

У.Р. Хамадянов и Э.М. Галеев сравнили перинатальные исходы группы беременных с гестозами при досрочных индуцированных родах с контрольной группой, и получили данные, свидетельствующие о более удовлетворительном состоянии детей основной группы. Частота асфиксии у новорожденных основной группы составляла 22,6%, а контрольной - 44,3%.

Alexander J.M. et al. изучали состояние детей, родившихся у матерей с гестозами

при досрочных индуцированных родах, и операции кесарева сечения, проведенного до начала родовых схваток. Они не обнаружили различий между 2 группами по частоте респираторного дистресс- синдрома, тяжелых ВЖК, судорожных состояний, сепсиса и летальности независимо от массы тела при рождении и гестационного возраста.

В другой работе аналогичное исследование при наличии тяжелых форм преэклампсии и эклампсии у матерей при сроках гестации от 24 до 33 недель выявило, что частота респираторного дистресс-синдрома находилась в прямой зависимости от родоразрешения путем операции кесарева сечения, и в обратной зависимости от гестационного возраста. Выживаемость имела прямую зависимость от массы тела при рождении. Не было обнаружено корреляций между РДС, выживаемостью и использованием антенатальной кортикостероидной терапии. Кроме того, задержка внутриутробного развития являлась негативным фактором, влияющим на выживаемость новорожденного [140].

Проблема репродуктивного здоровья нации давно вышла за рамки медицинской и стала социальной, требующей решений на государственном уровне [9,37,18,58].

Одной из составляющих данной проблемы является состояние здоровья женщин репродуктивного возраста, которое напрямую связано с течением беременности и родов, а также состоянием здоровья новорожденных [6,7,8,58].

Возрастающий в последние годы удельный вес экстрагенитальной и генитальной патологии, нежелательных беременностей и, как следствие, аборт, а также заболеваний, передаваемых половым путем, лишь подчеркивает масштабы данной проблемы [9,37,18,58].

Поэтому изучение различных гигиенических аспектов физиологически протекающей беременности в современных условиях невозможно ограничивать стандартным клинико-лабораторным обследованием беременных. Известна важная роль микробиоты влагалища и кишечника, постоянно взаимодействующей с Toll-подобными рецепторами, что обеспечивает осуществление важных физиологических функций в макроорганизме: защиту от инфекции и поддержание тканевого гомеостаза. Для стабильной колонизационной резистентности в осуществлении обеих функций очень важное значение имеют лиганды и биологически активные вещества

бифидобактерий и лактобацилл, населяющих организм здоровой женщины [9,37,18,58].

Однако, наряду с классической теорией заселения микроорганизмами основных экологических ниш новорожденного, появилась и другая точка зрения, свидетельствующая о транслокационном механизме заселения плода, в частности желудочно-кишечного тракта, во второй половине беременности [9,37,18,58].

Данное обстоятельство требует более детального изучения становления микрофлоры новорожденного при естественном родоразрешении и находится в контексте фундаментального изучения микробиома человеческого организма «Human Microbiome Project», инициированного в США (2016).

Увеличивающаяся в последние годы частота кесарева сечения подчеркивает актуальность изучаемой проблемы формирования и становления симбионтной микрофлоры новорожденного [9,37,18,58].

В литературе достаточно подробно анализируются данные о показаниях к оперативному родоразрешению. Среди них можно выделить три группы: изменение демографической характеристики популяции современных беременных и рожениц; медицинские причины, связанные с ухудшением здоровья и ростом акушерских осложнений; а также немедицинские причины в виде предпочтений оперативных родов со стороны женщины или врача [17; 20]. Исследователи обращают внимание, что все эти изменения связаны с повышенным риском оперативных родов, и имеют место потери в здоровье плода и новорожденного [39].

Среди медицинских показаний к КС во многих странах с высоким уровнем оперативных родов наметилась тенденция к увеличению числа повторнородящих с рубцом на матке [3; 8].

Результаты исследователей S. Kelly и соавт. (2013) показали, что повторнородящие женщины с рубцом на матке и с одноплодной беременностью превалирует по численности над остальными: 76,1-89,9% случаев [47].

Э.И. Ахмадеева (2019) отмечает, что проведенный гигиенический анализ материнских факторов у наблюдаемых новорожденных с респираторным дистресс-синдромом (РДС) показал, что демографические факторы, такие как возраст, масса тела и рост матери, место жительства, число беременностей, паритет, исходы предыдущих

беременностей (без учета предшествовавшего КС), группа крови, были незначимы в частоте развития РДС новорожденных. Достоверно значимыми факторами риска в развитии РДС новорожденных были: недоношенная беременность, низкая оценка по шкале Апгар, послеоперационный рубец на матке, предлежание плаценты к рубцу на матке, несостоятельность рубца [5].

Х.Р. Зурхолова (2016) по материалам наблюдений пришла к мнению, что у женщин с рубцом на матке гипоксия плода как следствие недостаточности маточно-плацентарного кровообращения занимает особое место. Частота асфиксии у новорожденных, извлеченных при помощи КС, составляет от 15 до 34% случаев [1]. Исследователи подчеркивают, что наиболее вероятными причинами, способствующими высокому проценту асфиксий, по мнению исследователей, являются следующие: а) характер акушерской и экстрагенитальной патологии; б) степень доношенности плода; в) условия внутриутробного существования плода; г) продолжительность родов [1; 4; 11].

Увеличилось число новорожденных, рожденных преждевременно, и маловесных детей, что частично связано с увеличением в 2 раза числа многоплодных беременностей, зачатие которых наступило чаще в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий [43].

Доказано, что элективное КС, проведенное в сроке до 39 недель беременности, достоверно повышает риск респираторной заболеваемости и смертности среди доношенных новорожденных детей [25].

Анализ литературных источников показывает, что рост абдоминального родоразрешения обусловлен постоянно меняющимися показаниями к операции КС, среди которых в последнее десятилетие приоритетными являются показания относительно в интересах плода [33; 45].

Многолетние наблюдения за состоянием детей в периоде новорожденности в значительной степени обусловлены наличием у матерей соматической и акушерско-гинекологической патологии [5; 9; 17].

R. Davidson и соавт. (2010) сообщают, что более половины женщин, родивших путем КС, имели ту или иную патологию [44]. Из сопутствующей патологии у матерей,

родивших детей оперативным путем, достоверно чаще встречались заболевания сердечно-сосудистой системы, патология почек и мочевыводящих путей [1; 48]. У каждой второй женщины диагностированы анемия и угроза прерывания беременности [29]. Достоверно чаще у матерей встречались хроническая плацентарная недостаточность [20], длительно протекавшие гестозы [21], отягощенный акушерский анамнез [50]. Отмечалась высокая инфекционная заболеваемость урогенитальной сферы матери, которая носила в основном сочетанный характер [10].

В работах отмечается, что, помимо патологии беременности и родов, безусловно влияющей на перинатальную заболеваемость, имеет значение вид обезболивания, применяемый во время операции КС [10; 19]. Метод анестезии также влияет на возрастание числа новорожденных с низкими оценками по шкале Апгар [1]. Применяемые для обезболивания операции медикаментозные препараты могут оказывать отрицательное влияние на механизм первого вдоха у новорожденного. По мнению Р.Г. Багомедова (2015), риск для плода обусловлен развитием гипоксии и ацидоза при снижении плацентарного кровотока [7].

Сравнительное ультразвуковое исследование головного мозга двух групп глубоко недоношенных новорожденных, родившихся при разных способах родоразрешения, выявило, что признаки внутричерепных кровоизлияний на нейросонограмме чаще выявляются среди детей, родившихся естественным путем [125].

Здоровье детей и подростков имеет особое медико-социальное значение, определяя настоящее и будущее здоровье популяции.

На формирование здоровья влияет большое число факторов, в частности индивидуальные особенности организма и климатические условия [1]. В ряде исследований установлено, что удельный вес этих факторов меняется в зависимости от конкретных условий каждой страны, региона, даже микрорайона [1–4].

Под влиянием факторов окружающей среды (ОС) на организм человека не только формируется адаптивная функция, но и происходят негативные изменения здоровья: воздействие факторов ОС влечёт за собой нагрузку на деятельность всех систем и органов, вызывая неспецифические ответные реакции, выражающиеся в нарушениях

системного характера, росте общей и нозологической заболеваемости.

Анализ результатов исследований, проведенных в последнее десятилетие, показал, что в большинстве работ в объем изучаемых социально-экологических проблем не включены изменения в состоянии здоровья, связанные с климатическими особенностями местностей проживания [1, 4–6]. Последнее является чрезвычайно актуальным и важным для любого региона. В Приморском крае значимость этой проблемы прежде всего объясняется крайне напряженной климатической составляющей ОС, а именно наличием на территории края трех биоклиматических зон с влиянием горной гряды Сихотэ-Алиня с севера и океана с юга и востока, резкими перепадами температурных режимов в течение суток, географически обусловленным перемещением воздушных масс с высокими скоростями [7]. Изучение воздействия факторов ОС необходимо для формирования мероприятий предупредительного и лечебного характера.

В условиях социально-политических трансформаций и формирования конкурентной экономической среды особое значение приобретают не только проблемы количества населения, но и его качества. В настоящее время существует острая необходимость изменения качественных характеристик населения, так как произошло ухудшение здоровья детского населения, определяющих потенциал здоровья на годы вперед. В связи с этим, проблема охраны и укрепления здоровья детей, начиная с раннего возраста, является одной из самых приоритетных направлений в жизни страны и общества [3, 6, 9].

Среди факторов, влияющих на здоровье детей дошкольного возраста, ведущее место принадлежит семье как важной социально-демографической группе, поскольку, как отмечает ВОЗ, семья, в силу своей структуры и функции, не только оказывает влияние на состояние здоровья и заболеваемость отдельных индивидуумов и населения в целом, но и логически является первичной ячейкой самообеспечения в области медико-социальной помощи. Поэтому для того, чтобы правильно и эффективно направлять усилия на укрепление здоровья детей раннего возраста, необходимо прогнозировать их заболеваемость с учетом анализа комплексных данных о семье, ее

быте и условиях жизни в целом.

Определяющее влияние условий и образа жизни на возникновение и течение заболеваний подтверждено целым рядом исследователей [2, 5, 7, 8]. Анализ влияния социально-гигиенических факторов риска на состояние здоровья детей показал, что наименьшая заболеваемость среди них отмечалась у матерей в возрасте 20-29 лет с высоким образовательным и социальным уровнем, из полных семей, с благоприятным психологическим климатом и с хорошими взаимоотношениями в семье, без вредных привычек, при наличии хороших жилищно-материальных условий. К медико-биологическим факторам, благоприятно влияющим на состояние здоровья детей относятся: хорошее состояние здоровья матери, нормальное течение беременности и родов, естественное вскармливание ребенка и высокий уровень выполнения медицинской функции. Посещение детских дошкольных учреждений детьми раннего возраста приводит к увеличению уровня заболеваемости.

На основании всего вышеизложенного можно сделать вывод, что в исследуемой группе детей с увеличением возраста наблюдается ухудшение состояния здоровья, причем состояние здоровья мальчиков несколько хуже, чем у девочек на всех годах жизни, о чем свидетельствует более высокий показатель общей заболеваемости. Настораживает тот факт, что с возрастом увеличивается количество детей, относящихся ко второй и третьей группам здоровья, причем хроническая патология к третьему году жизни формируется у детей, ранее находившихся в группе часто болеющих. Это может свидетельствовать, с одной стороны, о возрастных закономерностях в формировании состояния здоровья, а с другой – о недостаточности корректирующих мероприятий, направленных на оздоровление детей.

Ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн родов, и большинство из них протекает без каких-либо рисков для матери и ребенка как в начале, так и в процессе родовой деятельности. Несмотря на это роды являются критическим периодом для выживания матери и ребенка, поскольку риск развития патологии или смертельного исхода может возрасти при возникновении осложнений. В соответствии с Целью 3 в области устойчивого развития— обеспечение здоровой жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте— и новой Глобальной стратегией охраны

здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.) приоритетной задачей здравоохранения является не только предотвращение летальных исходов, связанными с осложнениями во время родов, но и будущее благополучие и полная реализация потенциала здоровой жизни матери и ребенка.

Несмотря на многолетние дискуссии и исследования, до настоящего момента не существует общепринятой универсальной или стандартизированной концепции «нормальных родов». В последние 20 лет наблюдается значительное увеличение числа процедур, направленных на инициацию, ускорение, завершение, регулирование и мониторинг физиологического процесса родов, проводимых с целью улучшить результаты для матери и ребенка. Активное медицинское вмешательство оказывает негативное воздействие как на способности женского организма к самостоятельному родоразрешению, так и на субъективный опыт рожениц. Более того, увеличение частоты вмешательств в родовую деятельность при отсутствии прямых показаний увеличивает несправедливый разрыв в качестве оказания медицинской помощи при высокой и низкой обеспеченности ресурсами.

3. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

Для внедрения системы профилактики ИСМП важно соблюдение принципов больничной гигиены медицинскими работниками в ходе их профессиональной деятельности. Больничная среда оказывает существенное влияние на степень распространения данной группы инфекций, поэтому существует необходимость создания особых гигиенических требований к архитектурнопланировочным решениям, микроклиматическим условиям, освещению, водоснабжению, вентиляции, организации питания, уборке помещений, удалению медицинских отходов, личной гигиене пациентов и медицинских работников, соблюдение поточности больных и здоровых лиц, пациентов и персонала, «чистых» и «грязных» технологических потоков [5, 17,19, 26]. Важнейшим звеном системы эпидемиологического надзора за ИСМП является лабораторная диагностика и мониторинг возбудителей. Микробиологический

мониторинг в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных является одним из ведущих методов оценки этиологии госпитальных инфекций в родовспомогательных учреждениях, что позволяет выявлять и контролировать этиологическую структуру инфекций новорожденных, вовремя корректировать антибактериальную терапию и контролировать таким образом антибиотикорезистентность. Кроме того, это дает возможность проводить динамическую оценку эпидемиологической ситуации в отделении и своевременно вмешиваться в эпидемический процесс с целью коррекции противоэпидемических мероприятий [2, 7, 9, 10, 25]. Таким образом, проблема профилактики ИСМП – это комплексная междисциплинарная задача, учитывающая медико-биологические, гигиенические, организационные и лечебнодиагностические аспекты.

В литературе имеются противоречивые данные о влиянии самой операции кесарева сечения на состояние новорожденного в периоде ранней адаптации и частоту неврологической заболеваемости детей в более старшем возрасте. По мнению ряда авторов, оперативное извлечение плода оказывает многофакторное влияние на организм ребенка. При рождении путем КС в результате отсутствия родового стресса происходит напряжение функциональных и метаболических защитных реакций организма новорожденного, которые приводят к энергетическому дефициту, особенно в конце раннего неонатального периода. Симптомы энергетической недостаточности выявляются у каждого пятого ребенка, извлеченного путем операции кесарева сечения, и клинически выражаются вялостью, снижением температуры и массы тела, дыхательными и гемодинамическими нарушениями [34,4,19]. Сред и проблем, имеющих государственное медико-социальное значение, особо может быть выделена проблема охраны материнства и детства [22]. Многогранность этой проблемы состоит в том, что она включает в себя комплекс задач, определяющих качество здоровья населения. В целях профилактики материнской и перинатальной смертности в последнее десятилетие наметилась отчетливая тенденция к расширению показаний для абдоминального родоразрешения [64,75,89]. Частота кесарева сечения, по данным различных авторов, колеблется от 3-6,5 до 24,8% [14,25,56]. Показатель оперативного родоразрешения в нашей стране с 2009 г. вырос на 27,5% и в 2016 г. составил 28,4%

([142, 119]). 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 расширение 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% [12,51,49]. Возросший интерес к развитию ребенка, извлеченного при кесаревом сечении, обусловил разработку совершенных методов анестезиологического пособия, оказывающего минимальное влияние на состояние матери и плода [22,60,67].

Несмотря на интенсивное изучение проблемы кесарева сечения в целом, ряд важнейших вопросов, касающихся абдоминального родоразрешения с точки зрения неонатолога, не получил должного решения. Влияние абдоминального извлечения на новорожденного отражено в работах [28,54,76] и др. Установлено, что процессы адаптации новорожденных, извлеченных операцией кесарева сечения, протекают менее благоприятно, чем после родов через естественные родовые пути [60,46,79]. Исключение родового акта, обеспечивающего запуск компенсаторно-приспособительных реакций для перехода плода к внеутробному существованию, приводит к нарушению адаптационных реакций в раннем неонатальном периоде [19]. При этом гормональный гомеостаз выполняет функцию регулятора качества возникающих адаптационных реакций организма на действие экстремальных раздражителей и его нарушение сопровождается изменениями со стороны ответных реакций, характер которых обусловлен особенностями гормонального дисбаланса [79]. При родоразрешении путем кесарева сечения на плод оказывает воздействие ряд факторов, не свойственных для физиологических родов, в особенности такой, как быстрый переход плода к внеутробной жизни, что, по всей видимости, обуславливает необходимость проведения реанимационных мероприятий и последующей корректирующей терапии у значительного числа этих новорожденных, а ранний период адаптации их характеризуется напряжением функций многих систем организма [43].

Полученные многими авторами данные о течении 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.

Другие исследователи отмечают, что состояние плода после операции кесарева сечения определяется не столько влиянием самой операции, сколько патологией беременности и родов, которые явились показаниями к оперативному родоразрешению. Таким образом, речь идет о перинатальной заболеваемости не после кесарева сечения, а, несмотря на кесарево сечение [31]. Н.С. Haesslein et al. [8] считают, что недоношенные дети с низкой массой тела при рождении менее устойчивы к родовому стрессу, чем доношенные, и исключение родового процесса при преждевременных родах, нередко затяжного, способствует выживаемости недоношенных детей.

Сравнительный анализ заболеваемости новорожденных при нормально протекавшей беременности после естественных и оперативных родов показал, что у большинства детей, родившихся путем КС, оценки по шкале Апгар на 1 минуте были ниже 4 баллов, и они чаще нуждались в проведении реанимационных мероприятий и респираторной поддержке. Это указывает на то, что при неосложненном течении беременности, операцию кесарева сечения можно рассматривать как фактор риска для плода [47].

При обсуждении влияния оперативных родов на заболеваемость новорожденных, чаще всего обращается внимание на высокую частоту респираторных нарушений. W. Weisbach et al., считают, что респираторная и метаболическая адаптация протекает значительно благоприятнее у детей при своевременном оперативном родоразрешении. К.Т. Schneider утверждает, что риск возникновения респираторных нарушений возрастает у детей, родившихся путем операции кесарева сечения.

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 новорождённых к внеутробной жизни происходит тяжелее, чем при самопроизвольных родах и КС, произведённом 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].

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].

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.

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 токолизом 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 вариабельности частоты сердечных сокращений плода, вероятно, за счёт токолиза, что обуславливает более высокую оценку по шкале Апгар у новорождённых [5].

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.

Исследования John J. Morrison et al. показали, что РДС и транзиторное тахипное реже встречались у детей, рожденных после планового КС, выполненного позже 39 недель гестации. В то же время, по мнению Karen Stewart-Hall (2010) синдром мекониальной аспирации чаще возникает у детей, рожденных путем операции кесарева сечения. В своих исследованиях L.V. Curet et al. доказывают, что наибольший риск возникновения РДС имеют новорожденные, родившиеся путем операции КС без предшествующих родовых схваток, чем дети, родившиеся через естественные родовые пути или оперативным путем после начавшихся родов. E.M. Levine et al. выявили, что персистирующая легочная гипертензия достоверно чаще встречалась у новорожденных детей после планового кесарева сечения в сравнении с детьми, родившимися после естественных родов.

В работе B.V. Parilla et al. отмечали высокую частоту развития ятрогенного РДС у новорожденных от 37 недель гестации и выше, после повторного elective КС.

Возможность влияния фетального стресса на созревание легких ребенка после рождения обсуждается в работе G Faxelius et al., где они сравнивают частоту развития болезни гиалиновых мембран (БГМ) у новорожденных после естественных родов и кесарева сечения. В 50% случаев после операции кесарева сечения у детей развивалась болезнь гиалиновых мембран в сравнении с 19% в группе естественных родов. Причем, в последнем случае при преждевременном разрыве плодного пузыря, БГМ отмечалась только у 5% детей, в то время как она отмечалась в 32,4% случаев, когда дети

рождались без преждевременного разрыва плодного пузыря.

В исследовании С. Bosche частота развития пневмоторакса у глубоконедоношенных детей после абдоминального родоразрешения была значительно ниже, чем после естественных родов.

Острая гипоксия в родах приводит к неплановому КС родоразрешению, тем самым ухудшая перинатальный исход. Необходимо отметить, что сама операция кесарева сечения не исключает возможности различных повреждений плода. J.Осаго и соавт. повреждения плода отметили в 0,6% случаев, J.Wiener и соавт. - в 1,5%, S.Dessole и соавт. – в 3,12%. Авторы приводят данные о возможных повреждениях плода, таких как рассечение кожных покровов, перелом ключицы, трубчатых костей, вывих суставов, повреждения позвоночника, костей черепа, развитие плексита и пареза лицевого нерва.

Понятие о кардио -респираторной депрессии (КД) при рождении. КД наличие характеризуются при рождении и впервые минуты жизни угнетения основных жизненных функций, [8,25,55] при этом отмечаются брадикардия, неэффективное дыхание, пониженный мышечный тонус, угнетение ЦНС, но отсутствуют в крови гиперкапния, а нередко и гипоксемия. При оценке по Апгар через 1 минуту такие дети имеют 4-6 баллов, но через 5 минут 7 баллов и выше. [10,22,43]. Однако особое место занимает патология дыхательных путей, затем желтуха, инфекция, акушерская травма. У этих детей повышена опасность развития дистресс-синдрома (РДС), что связано с самой операцией. У новорождённых, извлечённых путём кесарева сечения, отмечается гиперкалиемия, связанная с нарушением проницаемости клеточных мембран под влиянием применяемых в процессе наркоза препаратов. Наблюдается нарушение обменных и эндокринных процессов. Отмечается преобладание адреналового звена симпатико-адреналовой системы, что не исключает наличия стрессовой ситуации для плода, связанной с быстрым изменением условий существования без предшествующей адаптации, которая, несомненно, имеется при физиологических родах. Также у новорождённых, извлечённых путём кесарева сечения, отмечается также низкий уровень стероидных гормонов, которые необходимы для синтеза сурфактанта, время распада которого составляет 30 мин, что ведёт к развитию РДС и болезни гиалиновых мембран [4,13,66].

После кесарева сечения метаболический ацидоз выявлен у 8,3% детей, что в 4,8 раза выше, чем у детей, родившихся через естественные родовые пути. Кесарево сечение до начала родовой деятельности является фактором риска для новорождённого. Причина этого - отсутствие фактора родов, являющегося необходимой физиологической мерой воздействия на плод, обеспечивающей своевременный запуск компенсаторных реакций плода и наиболее оптимальное обеспечение перехода его к внеутробному существованию. Адаптация детей, полученных путём кесарева сечения, первые дни жизни затруднена в большей степени, чем при физиологических родах. Дети не получают путём КС, они только извлекаются из матки при помощи КС [4,9,58].

В раннем периоде у детей, извлеченных КС, 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 состоянию матери, испытавшей оперативное вмешательство, эти дети не прикладываются к груди матери в первые минуты после рождения, а в последующем вскармливаются молоком матери, получающей антибиотикотерапию. Имеет место также позднее прикладывание младенцев, родившихся оперативным путем, к груди матери. Это обусловлено чаще всего тяжестью состояния родильницы в послеоперационном периоде. По этой же причине неизбежным является разобщенность ребенка с матерью, что, по современным представлениям, является одним из факторов риска в постнатальном развитии. Было выявлено, что процессы ранней неонатальной адаптации у детей, рожденных путем КС, протекали менее благоприятно и клинически характеризовались более выраженным синдромом угнетения ЦНС, более частыми дыхательными нарушениями, связанными с задержкой реабсорбции легочной жидкости, более поздним восстановлением первоначальной убыли массы тела [14,23,32].

На особом месте стоит поиск адекватных методов родоразрешения при преждевременных родах с целью улучшить исход беременности для маловесных новорожденных и младенцев. Частота операции кесарева сечения при недоношенной

беременности, по сводным данным, достигает 34-75%. При общей озабоченности проблемой роста частоты кесарева сечения и при стремлении выработать оптимальный подход к использованию этой операции в литературе имеются противоречивые сведения о роли абдоминального родоразрешения в улучшении перинатальных исходов при недоношенной беременности. Часть исследований указывает на то, что при улучшении выживаемости, растет заболеваемость недоношенных детей. Заболеваемость недоношенных новорожденных после кесарева сечения в 1,5 раза выше, чем у детей, рожденных через естественные родовые пути. Результаты других исследований, напротив, свидетельствуют о том, что кесарево сечения является более щадящим методом родоразрешения для недоношенного плода. Проведён анализ результатов досрочного прерывания беременности при многоплодной беременности. Отмечено, что частота церебральных поражений была практически одинаковой как у детей, родившихся через естественные пути, так и при кесаревом сечении. Однако тяжесть мозговых поражений была менее выражена при родоразрешении операция путем КС. Оперативные родоразрешение снизила частоту внутри желудочковых кровоизлияний III-IV степени по сравнению с частотой их развития при родоразрешении через естественные родовые пути [2,36,37]. Учитывая, что частота преждевременных родов при многоплодии в 7-10 раз превышает таковую при одноплодной беременности, результаты проведенного исследования рекомендуется учитывать при выборе метода родоразрешения при многоплодной беременности в пользу кесарева сечения, особенно на сроках менее 34 недели.

У всех новорожденных, рождённых путём кесарева сечения отмечались нарушения процессов адаптации: гипогликемия, поздняя прибавка массы тела, необходимость создания температурного режима) и легкие изменения функции ЦНС. Новорожденные, извлеченные путем операции кесарева сечения, имели лучшие клинико-лабораторные показатели по сравнению с детьми, родившимися через естественные родовые пути [8,19,36,43,66].

Показано, что адаптация детей, извлеченных операцией КС, 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. Оперативного способа родоразрешения на состояние новорожденного, извлеченного путем КС, оказывают влияние множество факторов, из которых наиболее неблагоприятными являются недоношенность и незрелость плода, тяжесть акушерской и экстрагенитальной патологии, условия внутриутробного существования, предшествующие оперативному родоразрешению. Возрастание частоты абдоминального родоразрешения обусловлено увеличением числа беременных с различной экстрагенитальной патологией, а также внедрением в акушерскую практику современных методов лабораторной и инструментальной диагностики патологических состояний матери и плода во время беременности и родов. Кроме этого, увеличение числа операций КС связано с расширением показаний со стороны плода, что преследует цель обеспечить рождение жизнеспособного и здорового ребенка. 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 КС, имеют более низкую оценку по шкале Апгар и, соответственно, чаще нуждаются в первичных реанимационных мероприятиях. Рядом 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 с родоразрешением путем операции КС являются сравнительно большие потери и позднее восстановление первоначальной массы тела. [2,11,37,74].

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 [9,10,20,33,48].

В первую очередь, это объясняется значительным числом недоношенных среди данной группы младенцев. При тяжелой экстрагенитальной патологии, явившейся

показанием родоразрешению операции КС, также отмечается повышенная частота асфиксии новорожденных среди недоношенных детей. Причиной этого, как правило, является тяжелая соматическая патология, вынуждающая прерывать беременность на ранних сроках. Кесарево сечение сопровождается большим процентом асфиксий при рождении не только у недоношенных младенцев, но и у доношенных новорожденных [6,17,22,46,66,73]. 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 [5,10,26,48,75]. 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 [7,26,43,68].

Приведенные в литературе 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 [10,14,25,37].

Руководящая группа ВОЗ в консультации с группами изучения систематических обзоров, специалистами по методологии разработки руководства и wybranymi членами ГРР подготовили проект приоритетных вопросов для данного руководства. Для разработки этих вопросов в январе 2016 года была начата скрупулезная предварительная работа для определения и составления карты клинических практик, вмешательств и последствий для здоровья при оказании помощи во время родов.

Сначала был проведен обзор литературы для определения групп женщин, соответствующих целям составления руководства, и определения того, что в клинической практике представляют собой «нормальные» роды и деторождение на основе поиска в базах данных PubMed и Latin American and Caribbean Health Sciences

Literature (LILACS). Далее был проведен предварительный поиск существующих клинических руководств и основных систематических обзоров по оказанию помощи во время родов с использованием следующих источников:

Кокрейновская база данных систематических обзоров; LILACS; National Guidelines Clearinghouse (NGC); PubMed; веб-страницы профессиональных сообществ, включая FIGO, Европейский совет и колледж акушерства и гинекологии (EBCOG), Американский колледж акушеров и гинекологов (ACOG), RCOG, Королевский колледж акушеров и гинекологов Австралии и Новой Зеландии (RANZCOG) и МКА; а также веб-страницы агентств здравоохранения, включая Национальный институт здравоохранения и передового опыта Соединенного Королевства (NICE), Агентство по исследованиям в области здравоохранения и качества (AHRQ) Департамента здравоохранения и социальных служб США, а также Институт улучшения клинических систем (ICSI) США.

Это позволило определить около 140 потенциальных вмешательств, которые 152. Методы могут выполняться во время родов, начиная с поступления на роды и заканчивая ранним послеродовым периодом. Далее эти вмешательства были классифицированы в соответствии с рамочной программой ВОЗ по улучшению качества услуг здравоохранения для матерей и новорожденных.

4. ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ.

Преждевременные роды являются одной из главных причин заболеваемости и смертности новорожденных - ранняя неонатальная смертность у недоношенных детей достигает 60-70%, младенческая смертность - 60-75% [29]. В структуре заболеваний у таких детей ведущее место занимают перинатальные поражения ЦНС. У недоношенных новорожденных высока частота гипоксически-ишемических поражений ЦНС и внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК), которые являются основными причинами летальности в раннем неонатальном периоде и инвалидности в последующие годы. Ранняя неонатальная смертность в результате родовой травмы

составляет 9,8 на 1000 новорожденных детей [19]. У выживших детей нередко наблюдаются неврологические нарушения в виде спастических параличей, потери слуха, нарушения зрения, отставания в умственном развитии, повышения судорожной готовности [8, 2, 64, 121, 73, 10].

Перинатальные поражения нервной системы у новорожденных – ряд состояний и заболеваний головного, спинного мозга и периферических нервов, объединённых в общую группу по времени воздействия повреждающих факторов. К перинатальному периоду относятся антенатальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды. Антенатальный период начинается с 22 недели внутриутробного развития и оканчивается началом родового акта. Интранатальный период включает в себя акт родов от начала родовой деятельности до рождения ребенка. Неонатальный период подразделяется на ранний неонатальный (соответствует первой неделе жизни ребенка) и поздний неонатальный (от 8-х по 28-е сутки жизни включительно) периоды. Дети первого года жизни с диагнозом: последствия перинатального поражения центральной нервной системы с гидроцефальным и гипертензионным синдромами состоят в группе риска по формированию детского церебрального паралича [1-3].

Причины поражения ЦНС у недоношенных детей, как правило, многофакторные. На первом месте стоит внутриутробная и интранатальная гипоксия плода вследствие нарушения маточного и фетоплацентарного кровотока, маточного кровотечения, в интранатальном периоде гипоксия и асфиксия плода, патология пуповины, массивные кровотечения в родах. Второе по значимости место занимает фактор механической травматизации ребенка в процессе родов в сочетании с предшествующей внутриутробной гипоксией плода [107, 25]. Исход преждевременных родов во многом определяется гестационным сроком и массой плода, видом предлежания, осложнениями беременности и методом родоразрешения [39, 35, 17].

Помимо осложнений беременности и родов, немаловажное значение придается недостаточной зрелости структур мозга, что обуславливает снижение адаптационных возможностей плода и новорожденного. Морфологическая и функциональная незрелость структур мозга является основной причиной недостаточности церебрального кровотока, возникновения ВЖК и перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) у

недоношенных детей [113]. Пусковым механизмом в развитии церебральной ишемии новорожденных является дефицит кислорода, обуславливающий метаболические расстройства в ткани мозга, вплоть до образования коагуляционного некроза, апоптоза (медленно текущей нейрональной гибели) и нарушения механизмов церебральной ауторегуляции мозгового кровотока с развитием зависимости его от системного артериального давления. Особенности кровоснабжения мозга доношенных и недоношенных новорожденных приводят к различной локализации структурных изменений: селективный нейрональный некроз, парасагиттальный некроз, фокальный ишемический некроз выявляются преимущественно у доношенных, а ПВЛ - у недоношенных детей [133].

У недоношенных детей повреждающее действие внутриутробной гипоксии потенцируется незрелостью, дезадаптацией в интранатальном периоде. Фактор незрелости предрасполагает к механической травматизации ребенка, особенно при аномальных вставлениях, тазовых предлежаниях, некоторых акушерских пособиях. Возможна травматизация шейного и грудного отделов спинного мозга при защите промежности и даже при кесаревом сечении с так называемым косметическим разрезом (недостаточным для щадящего выведения головки ребенка).

Хроническая внутриутробная интоксикация может иметь как неспецифическое повреждающее воздействие (гипоксия), так и вызвать четко очерченные метаболические нарушения и, соответственно, специфические клинические синдромы – алкогольный синдром плода, никотиновый синдром, наркотический абстинентный синдром. В последние годы расшифрованы тонкие механизмы патогенеза гипоксически-ишемических поражений мозга. Установлена роль выброса свободно-радикальных веществ и нарушений перекисного окисления липидов в повреждении мембран нервных клеток, роль блокады кальциевых каналов, страдания энергетических субклеточных структур – в первую очередь митохондрий. Установлено, что повреждающее воздействие различных факторов может реализоваться как в форме быстрой гибели клетки (нейрональный некроз), так и в форме отсроченной, замедленной гибели – апоптоз. Последний механизм может быть обратимым, т.е. у врача появляется время для предотвращения гибели клетки – так называемое

«терапевтическое окно». Установлено, что пострадавшие нейроны через межнейронные связи могут обусловить каскады патологических реакций, которые так же необходимо купировать, что обуславливает необходимость своевременного лечения и реабилитации детей с перинатальной патологией [4, 16, 19, 20, 22].

Гипоксические поражения мозга занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности недоношенных детей. Полиморфизм клинических симптомов, высокая летальность в раннем неонатальном периоде, большая частота неврологических последствий у выживших детей и трудности их социальной адаптации, определяют актуальность проблемы и необходимость разработки более совершенных методов ранней диагностики и лечения.

Внедрение в клиническую практику двухмерной секторальной эхоэнцефалографии и затем доплерографии позволило улучшить прижизненную диагностику гипоксических поражений мозга у недоношенных детей, значительно расширило представления о патогенезе их развития [142, 119].

Однако большинство исследований посвящено изучению нарушений гемодинамики на уровне артериального отдела кровоснабжения мозга. Изменения, происходящие в системе глубоких вен мозга, остаются мало изученными [48,56,142, 119]. Остается недостаточно исследованной в норме и при различной церебральной патологии теплопродукция мозга, тесно связанная с состоянием кровообращения и отражающая его метаболическую активность.

Важной медико-социальной проблемой является рост заболеваемости и инвалидизации детей, связанный с перинатальными поражениями центральной нервной системы гипоксического, геморрагического, метаболического и инфекционного генеза. Гестационно незрелые дети в наибольшей степени предрасположены к повреждающему действию хронической внутриутробной гипоксии и острой интранатальной асфиксии вследствие морфофункциональной незрелости головного мозга, нарушения цереброваскулярной ауторегуляции, снижения активности антиоксидантных систем, особенностей метаболических процессов, энергетического дефицита и низкого уровня пластических процессов. Так, если частота перинатальных поражений центральной нервной системы, зависящая от характера течения ante- и интранатального периодов, у

доношенных детей колеблется от 15 до 60%, то у недоношенных этот показатель возрастает до 65-85%. Поражения центральной нервной системы различного генеза у недоношенных детей, в силу предрасполагающих обстоятельств, могут привести к формированию стойких неврологических нарушений с последующей хронизацией процесса, инвалидизацией, социальной дезадаптацией и снижением качества жизни в целом. В структуре детской инвалидности 70-80% неврологической патологии имеет перинатальный генез [4; 6].

К патогенетическим аспектам формирования перинатального гипоксического поражения центральной нервной системы в первую очередь относится церебральная гипоперфузия, развивающаяся за счет нарастания гипоксии и гиперкапнии на фоне общего перераспределения кровотока в условиях фетоплацентарной недостаточности. Данные метаболические изменения приводят к выраженному вазоконстрикторному эффекту в церебральном сосудистом русле и дальнейшему нарушению ауторегуляции мозгового кровотока (неполноценному изначально у недоношенного ребенка). Повышению сопротивления мозговому кровотоку способствует также гипоксическое поражение сосудистого эндотелия с развитием в нем отеочно-деструктивных процессов с уменьшением просвета капиллярного русла. Церебральному вазоконстрикторному эффекту способствуют электролитные изменения на фоне гипоксии в виде снижения содержания внеклеточного кальция, сопровождающегося повышением сосудистого тонуса [2].

Установлена важная роль реологических свойств крови в развитии церебральной гипоксии и геморрагического поражения головного мозга. Инфекционный процесс, хроническая соматическая патология у матери, острая интранатальная асфиксия могут приводить к гиперкоагуляционной направленности системы гемостаза с развитием тромбозов в микроциркуляторном русле, приводящим к формированию очагов ишемии с последующим некротизированием ткани головного мозга и развитием псевдокист на месте некроза с замещением соединительной тканью в дальнейшем [4]. Однако у недоношенных детей, страдавших от хронической внутриутробной гипоксии, чаще встречается гипокоагуляция с предрасположенностью к развитию геморрагического поражения центральной нервной системы, представленному чаще субэпендимальными

и внутрижелудочковыми кровоизлияниями (ВЖК), источником которых является герменативный матрикс боковых желудочков. Внутрижелудочковые кровоизлияния, в основе генеза которых лежит гипоксия, являются одной из основных причин летальных исходов и составляют около 70% у недоношенных детей. Развитие ВЖК сопряжено с метаболическими изменениями в виде активации перекисного окисления липидов на фоне снижения антиоксидантной активности, активации анаэробного гликолиза с лактатацидозом, повышенным содержанием малонового диальдегида, гипергликемией [7; 8]. Но у недоношенных детей гипергликемия чаще сменяется гипогликемией за счет истощения запасов гликогена печени вследствие длительной антенатальной и острой интранатальной гипоксии, а также в связи с развитием надпочечниковой недостаточности и снижением стимулирующего влияния глюкокортикоидов на глюконеогенез за счет уменьшения их образования. Следовательно, резко снижается энергетическое снабжение церебральных репаративных и нейрофизиологических процессов в связи со снижением уровня основного энергетического субстрата нервной системы - глюкозы. Дисбаланс в процессах перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности затрагивает и уровень мембраны эритроцита, снижая содержание восстановленного глутатиона и приводя тем самым к уменьшению эластичности и повышению ригидности эритроцитарных мембран, что снижает деформируемость эритроцитов, повышает их агрегационную способность и приводит к развитию тромбозов не только в центральной нервной системе, но и в сосудистом русле других систем органов, предрасполагая, на фоне общей гипокоагуляции, к развитию синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания [5; 7].

К наиболее тяжелым осложнениям, ухудшающим неврологический статус недоношенных детей, относятся внутрижелудочковые кровоизлияния. Частота ВЖК возрастает при малых сроках гестации и низкой массе тела при рождении. Влияние вида родоразрешения на неврологические исходы недоношенных детей в литературе трактуется неоднозначно. Сравнительный анализ частоты ПВЛ, внутрижелудочковых и ретинальных кровоизлияний у недоношенных детей различного гестационного возраста, родившихся естественным путем и путем операции кесарева сечения не выявил достоверных различий между группами [48, 116, 50].

P. Vergani et al. (2000) изучали факторы риска развития ВЖК у недоношенных детей до 32 недель гестации в связи с массой тела при рождении, гестационным возрастом, значением рН пуповинной крови, оценкой по шкале Апгар на 5 минуте ниже 7 баллов, родоразрешением путем операции кесарева сечения, диагнозом клинического хориоамнионита и дородовым применением стероидов. Они пришли к выводу, что чаще всего ВЖК выявлялись при респираторных нарушениях и гистологически подтвержденных случаях острого воспаления плаценты. Взаимосвязи между частотой ВЖК и методом родоразрешения не было обнаружено.

Другого мнения придерживаются авторы, которые считают КС наиболее щадящим способом родоразрешения при преждевременных родах глубоконедоношенных новорожденных. Тяжелые внутричерепные кровоизлияния у них возникают значительно реже, чем при естественных родах, независимо от вида предлежания [90, 103, 54, 91].

Данные многих исследователей свидетельствуют о значительном снижении частоты летальности, тяжелых гипоксически-травматических поражений ЦНС, внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г, рожденных оперативным путем, [54, 59, 131].

Анализ причин летальности в раннем неонатальном периоде детей, родившихся на 24-32 неделе внутриутробного развития, показал, что новорожденные с массой тела менее 1000 г чаще погибают от респираторного дистресс-синдрома (РДС) и внутрижелудочковых кровоизлияний. У детей, родившихся с массой тела более 1000 г, смерть чаще всего наступает от аспирационного синдрома, тяжелой неонатальной асфиксии и ВЖК. Родоразрешен и е путем операции кесарева сечения значительно увеличивает выживаемость и улучшает прогноз развития таких детей [129, 99].

Постоянный интерес к проблеме патологии нервной системы у недоношенных новорожденных обусловлен не только медицинской, но и социальной значимостью. Это связано с высоким процентом данной патологии у недоношенных и большим количеством инвалидизирующих исходов у детей с низкой массой тела.

Однотипность и генерализованность ответов незрелой мозговой ткани значительно затрудняет клиническую диагностику перинатального поражения нервной

системы на ранних этапах развития ребенка. Поэтому одной из ведущих причин смертности новорожденных длительное время считали инфекцию, провоцирующую дыхательную недостаточность.

Лишь обогащение неонатологии таким высокоинформативным методом как ультразвуковое сканирование головного мозга позволило локализовать характер поражения нервной системы на самых ранних этапах жизни и показало, что ведущее место в его структуре занимают внутричерепные сосудистые повреждения. Это потребовало пересмотра взглядов как на патогенез перинатальных повреждений нервной системы, так на критерии его диагностики и прогноза, поставив вновь на повестку дня вопрос о тактике лечения и целесообразности выхаживания глубоко недоношенных новорожденных.

Г.М. Савельева и соавт. (2019) исследовали 338 беременных с хронической внутриутробной гипоксией плода на сроках гестации 27-40 недель и их детей первого года жизни. Они доказали, что при сроках беременности 34-35 недель нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока резистентно к терапии и требуется досрочное родоразрешение. Авторы пришли к заключению, что КС является наиболее предпочтительным методом родоразрешения, поскольку 1/3 новорожденных после спонтанных родов родились в состоянии асфиксии. В раннем неонатальном периоде у них отмечались нарушения процессов адаптации, а позднее различные нарушения психомоторного развития, вплоть до ДЦП. У пациенток при абдоминальном родоразрешении все дети родились без явлений асфиксии. Тем не менее, у всех отмечались нарушения процессов адаптации и легкие изменения функции ЦНС. Следовательно, в условиях хронической гипоксии плода оперативное родоразрешение не исключает полностью нарушения функций ЦНС, но снижает тяжесть поражения, и, поэтому становится более предпочтительным.

В гигиенических условиях достаточно сложно оценить не только степень гипоксии, но и адаптационные возможности плода и новорожденного при нарушении кислородного гомеостаза. Таким образом, цитохимические показатели в конце периода адаптации отражают адаптационные возможности организма новорожденного ребенка в раннем неонатальном периоде. У детей с перинатальными поражениями ЦНС

активность СДГ снижена на фоне значительной клеточной разнородности. У них также чаще встречаются популяции лимфоцитов с избытком или недостатком типичных клеток. Все эти показатели свидетельствуют о снижении энергетических возможностей, как самих лимфоцитов, так и тканей внутренних органов у детей с поражениями ЦНС.

Преобладание в условиях гипоксии анаэробного пути метаболизма глюкозы приводит к истощению энергетических запасов нейронов за счет снижения образования аденозинтрифосфата, накоплению свободных радикалов, нарушению работы ионных каналов и деполяризации пресинаптических нейронов, приводящей к выделению аспартата и глутамата - возбуждающих аминокислот, активирующих рецепторы постсинаптического нейрона. Активация данных рецепторов сопровождается открытием ионных каналов для K^+ , Ca^{2+} , Na^+ , поступлением этих электролитов, а вместе с ними и воды, в нейрон, развитием внутриклеточного цитотоксического отека и гибелью нейрона. Данный процесс носит каскадный характер и способен распространяться на участки ткани мозга, которые не были подвержены гипоксии, значительно расширяя тем самым очаг поражения. Внутриклеточный отек с последующей гибелью нейрона может вызвать и дисбаланс в выработке антидиуретического гормона как в виде гиперпродукции, так и при снижении его образования. Кроме того, гипоксия изначально сопровождается подавлением образования капилляров еще в антенатальном периоде, что снижает интенсивность церебральной перфузии, а также повреждает эндотелий уже образованных сосудов, приводя к тромбозу и вазоконстрикции. Нарастающая на этом фоне церебральная ишемия повышает интенсивность процесса апоптоза нейронов и нейроглии, выраженность которого зависит от тяжести церебральной ишемии и длительности воздействия гипоксического фактора [2; 5].

Топика гипоксического поражения ткани головного мозга зависит от архитектоники сосудистого русла. Так, у недоношенных детей наиболее уязвимым участком с наименьшим количеством капилляров и анастомозов являются перивентрикулярные области, тяжелое гипоксическое поражение которых сопровождается разрушением перивентрикулярной нервной ткани - перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ). Поражаются также базальные ганглии и

таламус. Локализация и тип повреждения ткани головного мозга зависит также и от длительности гипоксии. Так, острая асфиксия приводит главным образом к очаговым поражениям в виде тромбозов, приводящих к развитию регионарного некроза, тогда как хроническое кислородное голодание нервной ткани сопровождается диффузными изменениями в виде цитотоксического отека, что более характерно для недоношенных детей [2; 4]. Таким образом, гипоксическое поражение головного мозга патогенетически представляет собой сложный, поликомпонентный процесс, включающий церебральную гипоперфузию с развитием циркуляторной и гемической гипоксии на фоне метаболических, нейрорегуляторных, реологических расстройств и сочетанной соматической патологии. Несмотря на наличие предпосылок в архитектонике церебрального капиллярного русла недоношенных детей к выраженным компенсаторным возможностям за счет обильного ветвления капилляров и развитой сети анастомозов, антенатальная патология, приводящая к рождению гестационно незрелого ребенка, повышает чувствительность ткани головного мозга к действию повреждающих факторов, снижая эффективность компенсаторно-приспособительных механизмов [1; 3].

5. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВЫБОРА ГРУПП ОБСЛЕДУЕМЫХ ПАЦИЕНТОВ.

При исследовании в период 2018-2020г. на базе РПЦ, ГПЦ и 5-ГДБ В ходе работы нами обследовано 60 недоношенных новорожденных детей с поражениями ЦНС с массой тела от 900 до 2900 г, и гестационным возрастом от 28 до 37 недель. В том числе 10 новорожденных детей родились со сроком гестации 28-30 недель, 28 - на 31-33 недели, 22 - на 34-37 неделях. Все обследуемые недоношенные новорожденные дети с поражениями ЦНС были разделены на 2 группы в зависимости от способа родоразрешения: 1-ю группу составили 20 детей, родившихся естественным путем, 2-ю группу - 40 новорожденных, родившихся путем операции кесарева сечения.

Таблица 1

Характеристика новорожденных в зависимости от пола.

Количество	I группа n=20		II группа n=40		Итого n=60	
	abs	%	abs	%	Abs	%
Мальчики	7	35	14	35	21	35
Девочки	13	65	26	65	39	65

Наши исследования показали, что среди обследуемых новорожденных в зависимости от гестационного возраста (табл. №2.1.2) наибольшую часть из них составили новорожденные с гестационным возрастом 32-35 недели (56,6%), в одинаковых количествах составили новорожденные дети гестационным возрастом 28-29 недели и 30-31 недель (по 16,6%) и в 3 раза меньше 36-37 недель. Нами было проанализировано распределение детей по половому признаку в таблице № 2.1.1. Было выявлено, что среди обследуемых новорожденных, количество девочек преобладало над мальчиками в 1,8 раза и составило 65%. Такая же картина наблюдалась также во всех группах.

Таблица. № 2

Характеристика новорождённых детей в зависимости от срока гестации.

Срок гестации	I-группа n=20		II группа n=40		Всего n=60	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
28-29 нед.	4	20	6	15	10	16,7
30-31 нед.	3	15	7	17,5	10	16,7
32-33 нед.	6	30	12	30	18	30
34-35 нед.	5	25	11	27,5	16	26,6

36-37нед	2	10	4	10	6	10
----------	---	----	---	----	---	----

Среди обследуемых новорожденных первой группы наибольшую часть из них составили новорожденные с гестационным возрастом 32-33 недели (30%), и в 3 раза меньше были новорожденные с гестационным возрастом 36-37 недели (10%), такая же почти картина наблюдалась среди новорожденных II группы. Сравнительная характеристика между группами показало, что наибольшее количество детей было с гестационным возрастом 32-33 недели. Среди обследуемых новорожденных (табл. №2.1.3) наибольшую часть составили новорожденные с массой тела при рождении 2000 грамм и выше (43,3%) и с массой тела при рождении 1501- 2000 грамм (55%). 1/5 часть составили новорожденные с массой тела при рождении 1001 - 1500 грамм Почти в восемь раз меньше новорожденные с массой тела <1000 г. Идентичная картина наблюдалась среди детей первой и вторых групп.

Таблица № 3

Характеристика новорождённых детей в зависимости от массы тела при рождении.

Масса тела	I-группа n=20		II группа n=40		Всего n=60	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Масса тела < 1000 г			1	2,5	1	1,7
Масса тела 1001-1500 г	4	20	8	20	12	20
Масса тела 1501-2000 г	7	35	14	35	21	35
Масса тела 2001 г >	9	45	17	42,5	26	43,3

Как видно из таблицы 3, по срокам гестации и массе тела при рождении группы не различались.

Таким образом среди обследуемых новорождённых детей преобладали девочки, наибольшее количество детей было с гестационным возрастом 32-33 недели с массой тела при рождении 2000 грамма.

Таблица № 4

Характеристика обследованных детей по соотношению массы тела при рождении и гестационного возраста (абс.)

Г/В	28-29		30-31		32-33		34-35		36-37	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Масса тела.										
< 1000 г	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
1001-1500 г	3	4	1	2	-	-	-	-	-	-
1501-2000 г	1	1	2	4	4	6	1	3	1	-
2001-2501г.	-	-	-	1	2	6	4	8	1	4

6. АНТЕНАТАЛЬНЫЕ И ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

В ходе работы был проведен анализ анамнестических данных, матерей обследуемых новорожденных изучали антенатальный и интранатальные факторы риска.

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 цвета кожных покровов и видимых слизистых оболочек, двигательной активности, мышечный тонус, поза (патологические позы), осмотр и пальпация головы, размеры родничков и швов состояние пупочной ранки, наличие срыгивания и рвоты, наличие ануса и мекония, характер стул; осмотр по системам осмотр головы с применением пальпации для выявления кефалогематомы, родовой опухоли, размер и состояния родничков и швов свода черепа: осмотр лица и слизистой оболочки полости рта осмотр шеи осмотр грудной клетки, включающей в себя пальпацию, перкуссию и аускультацию с определением частоты дыхания и частоты сердечных сокращений

осмотр живота (печен, селезенки, почки) с применением пальпации, перкуссии и аускультации; неврологический осмотр, оценка гестационного возраста и нейромышечной зрелости по Болларду, по шкале Апгар, поведение, коммуникабельность, исследование физиологических (патологических) рефлексов недоношенных 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, Р-графия грудной клетки.

Инструментальные методы исследования: Нейросонография головного мозга. Нейросонография - является одним из наиболее информативных методов неинвазивной диагностики в медицине. В отличие от других методов лучевой диагностики (флюорографии, рентгена, компьютерной томографии и ядерно-магнитного резонанса), сонография в тех дозах, которые применяются в УЗИ - безвредна для человека. Ультразвуковое исследование мозга и сердца стало традиционным методом исследования в неонатологии, благодаря своим преимуществам. Детей можно обследовать в кроватках или кувезах даже во время проведения искусственной вентиляции легких и другой интенсивной терапии, причем исследования можно повторять многократно. Для диагностики перинатальных поражений головного мозга применялся метод чрез родничковой нейросонографии (через большой родничок) и височную кость на ультразвуковом аппарате Алока SSD-1400 с двумя датчиками (5МГц и 3.5МГц). С соблюдением стандартных асептических и антисептических правил для улучшения контакта поверхности датчика и кожи головы на область большого родничка наносили контактный гель. Датчик помещали на большой родничок черепа и проводили сканирование в коронарной плоскости. Изменяя наклон датчика последовательно получали сечения через: А – лобные доли, Б – передние рога боковых желудочков, В – межжелудочковое отверстие (отверстие Монро) и III желудочек, Г – тела боковых желудочков, Д – треугольник боковых желудочков, Е – затылочные доли.

Эхограмма позволяет оценить состояние паренхимы головного мозга, желудочковой системы и цистерн; выраженность извилин и пульсацию мозговых сосудов. Ультразвуковое исследование головного мозга для новорожденного не требует специальной подготовки и не является вредным.

7. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА МАТЕРЕЙ ОБСЛЕДУЕМЫХ ДЕТЕЙ.

Все дети родились у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Как видно из таблицы № 3.1.1, среди обследуемых новорожденных возрастной аспект матерей от 18 до 30 лет от 30 до 35 лет -14% составило поровну по 50%. Средний возраст женщин в первой группе составил $29,0 \pm 4,5$, а во второй $31,0 \pm 5,0$. В первой группе с высокой разницей превалировало число матерей в возрасте от 18 до 30 лет, что составило-60%, а от 30 до 35 лет наблюдалось в 1,5 раза меньше-40%. Во второй группе превалировало возраст матерей от 30 до 35 лет, что составило-55%. С наименьшей частотой встречались, роженицы в возрасте от 18 до 30 лет.

При изучении кратности беременности матерей новорожденных было выявлено, что среди обследуемых групп наиболее часто встречались дети, от II-III беременности-63%, родившиеся от I беременности в 3 раза меньше -21,6%, родившиеся от IV беременности в 4 раза - 15%, Наибольшее количество рожденных от II-III встречалось среди матерей новорожденных детей первой группы и составило-75%, в 5 раза меньше - 15% первородящих, а и IV беременности встречалось 10%. Во второй группе наиболее часто встречались также новорожденные, рожденные от II-III беременности – 57,5%. От I беременность- 25%. Меньшее количество детей составило, рожденные от IV беременности -17,5%.

Сравнительный анализ групп показал, что наибольшее количество рожденных новорожденных детей от II-III и IV беременности встречались во второй группе (60,5% и 77,7%).

При анализе акушерского анамнеза матерей, обследуемых новорожденных выявлено, что наиболее часто встречались аборт 35%. в 1,2 раза меньше выкидыши - 20%, В первой группе в большем количестве в анамнезе матерей было выявлено

аборты-35% случаев и выкидыши у 20%. Среди обследуемых новорожденных второй группы на первый план выступали также аборты - 35%, почти в 1,7 раза меньше встречались выкидыши 20%.

Таблица № 5

Сравнительная характеристика акушерского анамнеза у матерей, обследуемых новорожденных

Факторы риска	I группа (n=20)		II группа (n=40)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Возраст матери: 18-30 лет	12	60	18	45	30	50
35 лет	8	40	22	55	30	50
Кратность беременности: I беременность	3	15	10	25	13	21,6
II-III беременность	15	75	23	57,5	38	63
IV беременность	2	10	7	17,5	9	15
Выкидыш	4	20	8	20	12	20
Аборт	7	35	14	35	21	35

Сравнительный анализ акушерского анамнеза матерей обследуемых новорожденных показал, что наиболее часто встречались аборты и выкидыши у матерей новорожденных второй группы по-66,6% по сравнению с первой группой.

Таким образом, среди обследуемых новорожденных возрастной аспект матерей от 18 до 30 лет от 30 до 35 лет -14% составило поровну по 50%. В первой группе с высокой разницей превалировало число матерей в возрасте от 18 до 30 лет, что составило-60%, во второй группе от 30 до 35 лет, что составило-55%. При изучении кратности беременности матерей новорожденных было выявлено, что среди обследуемых групп наиболее часто встречались дети, от II-III беременности-63%, как в первой так и во вторых группах. Сравнительный анализ групп показал, что наибольшее количество рожденных новорожденных детей от II-III и IV беременности встречались во второй группе (60,5% и 77,7%).

При анализе акушерского анамнеза матерей, обследуемых новорожденных выявлено, что наиболее часто встречались аборт 35% как в первой группе так и во второй. Сравнительный анализ показал, что наиболее часто встречались аборт и выкидыши у матерей новорожденных второй группы по-66,6% по сравнению с первой группой.

Как видно из таблицы 5 течения данной беременности и родов у матерей обследованных новорожденных наиболее часто наблюдалось угроза прерывания I и II половины беременности -55%, ранние отхождения околоплодных вод -43,3%, угроза гипоксии плода и асфиксии- 35%. В 1,3 раза меньше ФПН-I-III и гестоз (преэклампсия, эклампсия) по 33,3%. Немаловажное значение имела аномальное расположения плода -23,3% (среди них, ягодичное/ножное-92,8% и поперечное/косое -7,8%), преждевременная отслойка плаценты-16,6% и обвитие пуповины-18,3%. В 6 случаях наблюдалось слабость родовой деятельности (10%).

Таблица № 6

Сравнительная характеристика особенностей течения данной беременности и родов у матерей обследованных новорожденных.

Факторы риска	I группа (n=20)		II группа (n=40)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%

Вредные привычки (курение, алкоголь)	1	5	2	5	3	5
Угроза прерывания I и II половины беременности	12	60	21	52,5	33	55
Преэклампсия, эклампсия	6	30	14	35	20	33,3
Обострения хронических соматических заболеваний	2	10	5	12,5	7	11,6
аномальное расположения плода:	4	5	10	25	14	23,3
ягодичное/ножное	4	5	9	22,5	13	21,6
поперечное/косое			1	2,5	1	1,6
ФПН-I-III ст.	6	30	14	35	20	33,3
Ранние отхождения околоплодных вод	7	35	19	47,5	26	43,3
Преждевременная отслойка плаценты	1	5	9	22,5	10	16,6
Слабость родовой деятельности	4	20	2	5	6	10
обвитие пуповины	3	15	8	20	11	18,3
Угроза гипоксии плода и асфиксии	7	35	14	35	21	35
Длительный безводный период, >8ч	7	35	4	10	11	18,3

Беременность у матерей в обеих группах протекала с одинаково высокой частотой прерывания в 1-й и 2-й половинах (у 12-60%, и у 21-52,5%, соответственно), наличием гестоза и фетоплацентарной недостаточности (у 6-30% и 14-35%, соответственно в 1-й и 2-й группах). Вместе с тем, в анамнезе у матерей 2-й группы по сравнению с 1-й чаще предшествующие роды путем операции кесарева сечения, которые нередко являлись показаниями к повторному проведению операции КС. Анализ показал, что в обеих группах имелись неблагоприятные факторы, осложнившие течение родов. В частности, в 1-й группе, при родах естественным путем, достоверно чаще отмечались длительный безводный период (35% случаев, в сравнении с 11% - со 2-й группой), слабость родовой деятельности (20% - и 5% соответственно), Ранние отхождения околоплодных вод (35% и 47,5%), ягодичное и ножное предлежание плода (8% - и 69% соответственно). Только во 2-й группе наблюдалось поперечное и косое положение плода (10%), отслойка плаценты и кровотечение (22,5% в сравнении с 5%), что являлось одним из основных показаний для оперативного родоразрешения. Показания для проведения операции кесарева сечения со стороны плода были у 9, со стороны матери - у 8, сочетанные показания - у 23.

Таким образом к оперативному родоразрешению наиболее частыми показаниями явился ФПН-I-III ст – 35% и преэклампсия, эклампсия по 20% и ранние отхождение вод и 47,5%, преждевременная отслойка плаценты – 22.5%, аномальное расположения плода- 25%, обвитие пуповины-18,3% , угроза гипоксии плода и асфиксии с обвитием пуповины – 55%, рубец на матке – 10%.

8. Сравнительная характеристика состояния здоровья у матерей обследованных новорожденных

Таблица № 6

Заболевание матери во время беременности	I группа (n=20)		II группа (n=40)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%

Экстрагенитальные заболевания: ОРВИ	14	70	12	30	26	43,3
Анемия I-III степени	14	70	16	40	30	50
Эндокринопатии	2	10	6	15	8	13,3
Вегето-сосудистая дистония	4	20	6	15	10	16,6
Патологии дыхательной системы	1	5	2	5	3	5
Гипертоническая болезнь	6	30	8	20	14	23,3
Хронический пиелонефрит	2	10	6	15	8	13,3
TORCH-инфекции	8	25	14	35	17	28,3
Гинекологические заболевания	5	30	9	22,5	14	23,3
Гестоз (преэклампсия эклампсия)	4	13,3	7	23,3	11	23,3
Кесарево сечение в предыдущих родах	1	5	4	10	5	8,3

По данным таблицы № 6, среди экстрагенитальных заболеваний матери во время беременности, обследуемых новорожденных наиболее часто встречались анемия I-III степени-50%, ОРВИ-43,3%, с меньшей частотой TORCH-инфекции -28,3%, гипертоническая болезнь-23,3%, гестоз (преэклампсия эклампсия) – 23,3%а также гинекологические заболевания (миома матки - 2%, дисфункция яичников-8%, воспалительные заболевания (кольпит, аднексит) -33,4% и другие патологии. В 2,4 раза меньше заболевания вегетососудистая дистония -16,6%, в меньшей степени наблюдались патологии со стороны эндокринной системы-13,3% (сахарный диабет, диффузный ЗОБ. ожирение), патологии дыхательной системы-5%.

Среди экстрагенитальных заболеваний у матерей новорожденных детей первой группы превалировало анемия-70% и ОРВИ-70%. В 2,5 раза меньше встречались патологии: гипертоническая болезнь и гинекологические заболевания по 30%, TORCH-инфекции -25% и вегето-сосудистая дистония – 20% и преэклампсия, эклампсия -13,3%. В 10%- эндокринопатии и в единичных случаях патологии дыхательной системы и кесарево сечение в предыдущих родах -по 5%.

Во второй же группе у матерей обследуемых новорожденных среди экстрагенитальных заболеваний также преобладали анемия-40% и ОРВИ-30%. С меньшей частотой встречались TORCH-инфекция-35%. Почти 2 раза меньше наблюдались гестоз (преэклампсия эклампсия) -23,3%. гинекологические заболевания гипертоническая болезнь – 22,5%. Патологии мочевыделительной системы, эндокринопатии, вегето-сосудистая дистония были выявлены в одинаковых количествах по 15%. В 4 случаях наблюдалось кесарево сечение в предыдущих родах-5%. В единичных случаях патологии дыхательной системы- 5%.

Сравнительная характеристика, обследуемых групп новорожденных показал, что с наибольшей частотой среди экстрагенитальных заболеваний матерей во время беременности наблюдалось анемия I-III степени во второй группе-53,3%. Частота встречаемости ОРВИ превалировало среди матерей первой группы и составило-53,3%. Почти все встречаемые экстрагенетальные патологии преобладали среди матерей новорожденных второй группы такие как эндокринопатии, вегето-сосудистая дистония, гипертоническая болезнь хронический пиелонефрит и TORCH-инфекции и составили

соответственно-75%,60%,57%,75% и 82%. А также гинекологические заболевания и случаи кесарева в предыдущих родах чаще наблюдались среди матерей второй группы и составили – 64% и 80%. Гестоз (преэклампсия эклампсия) в 2 раза чаще преобладали у женщин второй группы и составило 63,6%.

Таким образом, среди экстрагенитальных заболеваний матери во время беременности, обследуемых новорожденных наиболее часто встречались анемия I-III степени-50%, ОРВИ-43,3%, с меньшей частотой TORCH-инфекции -28,3%, гипертоническая болезнь-23,3%, гестоз (преэклампсия эклампсия) – 23,3%. Такая же картина наблюдалась как в первой так и во второй группах.

Сравнительная характеристика, групп показал, что с наибольшей частотой среди экстрагенитальных заболеваний матерей во время беременности наблюдалось анемия I-III степени во второй группе-53,3%, а ОРВИ в первой группе -53,3%. Почти все встречаемые экстрагенетальные патологии преобладали среди матерей новорожденных второй группы такие как эндокринопатии, вегето-сосудистая дистония, гипертоническая болезнь хронический пиелонефрит и TORCH-инфекции и составили соответственно-75%,60%,57%,75% и 82%. А также гинекологические заболевания и случаи кесарева в предыдущих родах чаще наблюдались среди матерей второй группы и составили – 64% и 80%. Гестоз (преэклампсия эклампсия) в 2 раза чаще преобладали у женщин второй группы и составило 63,6%.

8. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА РАННЕЙ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ.

Таблица 8

Средние показатели физического развития и гестационного возраста у детей 1 и 2 групп.

Признаки	I группа (n=20)	II группа (n=40)

Масса тела при рождении (граммы)	1810,6 ±399,3	1984,4±456,7
Длина тела при рождении (см)	40,9 ±2,7	42,9 ±2,5
Окружность головы (см)	29,1±1,9	30,9±1,7
Гестационный возраст (недели)	31,9±2,1	33,1±1,9

По средним показателям массы тела при рождении и гестационному возрасту группы не различались, однако средние показатели длины тела и окружности головы при рождении были выше у детей 2-й группы.

Таблица № 9

Сравнительная характеристика оценки по шкале Апгар при рождении.

Показатели	группы		Как видно из таблицы № 9 оценка по шкале Апгар на 1-й минуте
	I (n=20)	II (n=40)	
Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте (балл)	6,0± 0,16	6,0±0,18	
Оценка по шкале Апгар на 5-й минуте (балл)	7,2 ± 0,15	7,3±0,13	

у новорожденных детей 1-й группы составила 6,0±0,16 баллов, а на 5-й минуте 7,2±0,15 баллов. У детей 2-й группы соответственно-6,0±0,18 и 7,3±0,13 баллов. Сравнительная оценка по средним показателям шкалы Апгар на 1 и на 5 минутах при рождении, показателей по шкале Апгар между группами не в Как видно из таблицы 3.2.3 можно увидеть, что среди обследуемых групп наиболее высокой частотой рождались дети с признаками асфиксии-56,6%, среди них с асфиксией средней тяжести с оценкой по шкале Апгар 5-6 баллов – 23,3% и с тяжелой степенью с оценкой по шкале Апгар < 4 баллов, а остальные без признаков асфиксии – 33,3% детей.

Среди обследуемых детей первой группы с асфиксией наблюдалось-70%, а во второй было выявлено- 50%. Сравнительная характеристика показало, что количество детей с признаками асфиксией в 1,4 раза преобладало среди новорожденных второй группы и составило-58%, среди них также преобладало количество детей с асфиксией со средней тяжести с оценкой по шкале Апгар 5-6 баллов – 57% и с тяжелой степенью с оценкой по шкале Апгар <4 баллов, а остальные без признаков асфиксии – 76,9% детей по сравнению с первой выявлено достоверных различий.

Таблица 10

Сравнительная характеристика частоты встречаемости перинатальной асфиксии в группах исследования

Показатель	I группа (n=20)		II группа (n=40)		Всего (n=60)	
	Abs	%	abs	%	Abs	%
Асфиксия:	14	70	20	50	34	56,6
средней тяжести (оценка по шкале Апгар 5-6 баллов)	6	30	8	20	14	23,3
тяжелой степени (оценка по шкале Апгар < 4 баллов)	8	40	12	30	20	33,3
Без признаков асфиксии	6	30	20	55	26	43,3

Таким образом, средние показатели массы тела при рождении и гестационный возраст группы не различались, однако средние показатели длины тела и окружности головы при рождении были выше у детей 2-й группы. Сравнительная оценка по средним показателям шкалы Апгар на 1 и на 5 минутах при рождении, показателей по шкале Апгар между группами не выявлено достоверных различий. Количество детей с

признаками асфиксией в 1,4 раза преобладало среди новорожденных детей второй группы и составило-58% Среди них также преобладало количество детей с асфиксией со средней тяжестью – 57% и с тяжелой-60%. Без признаков асфиксии составило – 76,9% детей во второй группе по сравнению с первой.

В структуре заболеваний (таб10) в раннем неонатальном периоде на первом месте в обеих группах были респираторные расстройства, в том числе респираторный дистресс синдром который наблюдался чаще у детей 1-й группы - у 12 (33,3%) в сравнении с 24 (66,6%) -во 2-й ($p=0,05$).

Таблица 11

Структура заболеваний у детей в раннем неонатальном периоде.

Признаки	I группа (n=20)		II группа (n=40)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Родовой травматизм	10	50	9	22,5	19	31,6
(перелом ключицы, травма мягких тканей), в том числе кефалогематома	3	15			3	5
Респираторные расстройства, в том числе						
РДС	12	60	24	60	36	60
Внутриутробная пневмония	4	20	7	17,5	11	18,3
Аспирация околоплодных вод	3	15	1	2,5	4	6,6

Ателектазы	8	40	12	30	20	33,3
Отечный синдром	3	15	4	10	7	11,6

Внутриутробная пневмония была диагностирована у 4 из 11 детей 1-й группы (36,3%) в сравнении у 7 из 11 во 2-й (66,7%). Аспирационный синдром наблюдался несколько чаще в первой группе у 3 из 4 (75%), а во второй лишь 1 из 4 (25%) $p>0,05$. Ателектазы наблюдались несколько чаще во второй группе у 12 из 20 (60%), в сравнение 8 из 20 (40%) в первой. Отечный синдром отмечался у 3 и 4 новорожденных соответствующих групп и составил 11,6%. Родовой травматизм наблюдался у 19 из 60 и составил 31,6%, почти в одинаковом количестве в обеих группах.

Анализ основных показателей (таблицы 11) жизненно-важных функций в динамике показал, что у новорожденных, родившихся путем кесарева сечения чаще отмечались нарушения гемодинамики в виде артериальной гипотонии со снижением показателей среднего артериального давления ($p>0,05$), что требовало использования кардиотонических препаратов и глюкокортикоидов, тако при кесарево сечение наблюдалось снижение САД на 3 ед мм рт.ст., ДАД на 2 ед. мм рт. Ст, ЧСС на 2 ед. мин, чем при естественных родах ($58,08\pm 4,1$, $32,4\pm 3,4$, $143,8\pm 3,1$, что позволяет говорить на наличие особенностей катехоламинового обеспечения недоношенных новорожденных детей в первые часы и сутки жизни, в результате чего у них нередко наблюдается нестабильность гемодинамики. У гипотензивных глубоко недоношенных новорожденных детей при нарушении церебральной ауторегуляции может пассивно увеличить церебральный кровоток и привести к внутрижелудочковым кровоизлияниям. Это требовало использования кардиотонических препаратов и глюкокортикоидов. Необходимость в проведении вспомогательной вентиляции легких и кислородной терапии в первые трое суток жизни чаще возникала также у новорожденных детей этой группы ($p<0,05$).

Таблица 12

**Среднее артериальное давление у недоношенных новорожденных с ППЦНС
сравниваемых групп в периоде ранней адаптации (мм. рт. ст.). в зависимости от
вида родоразрешения
(средний возраст 3,24±1,9 дня,)**

Параметры	Естественные роды n=20	Кесарево сечение n=40
САД (мм рт.ст.)	58,08±4,1	55±1,2
ДАД (мм рт.ст.)	32,4±3,4	30,1±1,1
ЧСС (мин – 1)	143,8±3,1	141±2,1

Анализ некоторых показателей периода адаптации у недоношенных новорожденных (таблица 3.2.6.), родившихся от матерей путем кесарева сечения показал, что у 51,6% обследуемых новорожденных была подача кислород (через маску). У 10% новорожденных проводилась ИВЛ мешком Амбу. На СРАР было подключено 46,6% новорожденных детей и в одном случае наблюдалось подключение к аппарату ИВЛ.

Таблица 13

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

Показатель	I группа (n=20)		II группа(n=40)		Всего (n=60)	
	Abs	%	abs	%	Abs	%
Кислород (через маску)	11	55	20	50	31	51,6
ИВЛ мешком Амбу	2	10	4	10	6	10
СРАР	10	50	18	45	28	46,6

ИВЛ аппаратная	1	5	-	-	1	1,6
----------------	---	---	---	---	---	-----

Среди новорожденных детей I группе у 55% обследуемых новорожденных была подача кислород (через маску). У 10% новорожденных проводилась ИВЛ мешком Амбу. На СРАР было подключено 50% новорожденных детей и в одном случае наблюдалось подключение к аппарату ИВЛ. Во II группе у 50% обследуемых новорожденных была подача кислород (через маску). У 10% новорожденных проводилась ИВЛ мешком Амбу. На СРАР было подключено 45% новорожденных детей.

Сравнительная характеристика некоторых показателей периода адаптации у недоношенных новорожденных, родившихся от матерей путем кесарева сечения показал, что преобладала подача кислород (через маску), ИВЛ мешком Амбу, подключение к СРАРу с у новорожденных детей второй группы и составило соответственно 64,5%, 66,6%, 64,2%, однако один случай подключения к аппарату ИВЛ наблюдалось детей I группы.

Таким образом, было выявлено, что по частоте использования кислородотерапии и СРАР между группами не выявлено достоверных различий, однако использования искусственной вентиляции легких (ИВЛ) наблюдалось в одном случае среди детей первой группы.

Таблица 14

Характеристика некоторых показателей периода адаптации у недоношенных новорожденных, в зависимости от гестационного возраста.

Гестационный возраст/ Показатели	28-29 (n=10)		30-31 (n=10)		32-33 (n=18)		34-35 (n=16)		36-37 n=6)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Кислород (через маску)	7	70	8	80	10	55,5	-	-	1	16,6
ИВЛ мешком	3	30	2	10	1	5	-	-	-	-

СРАР	10	100	10	50	7	38,8	1	6,25	-	-
ИВЛ аппаратная	1	100			-	-	-	-	-	-

Анализ некоторых показателей периода адаптации у недоношенных новорожденных (таблица 14), в зависимости от гестационного возраста показал, что наибольшее количество обследуемых новорожденных с гестационным возрастом 28-29 недель была подключена к СРАРу 100% и к подаче кислорода (через маску) – 70%. 1/3 часть новорожденным ИВЛ проводилось мешком Амбу. Лишь в одном случае наблюдалось подключение к аппарату ИВЛ. Среди новорожденных детей с гестационным возрастом 30-31 неделя наблюдалась почти такая же картина. Так 80% детей подаче кислорода осуществлялось (через маску). 1/2 часть новорожденным был подключен СРАРу, и лишь 10% детей ИВЛ проводилось мешком Амбу. Наибольшее количество новорожденных с гестационным возрастом 32-33 недель была подключена к СРАРу 38,8% и 20% к подаче кислорода (через маску). Лишь у одного новорожденного ИВЛ проводилось мешком Амбу- 5%. Среди новорожденных детей с гестационным возрастом 34-35 недель один новорожденный был подключена к СРАРу, а в 36-37 недель одному новорожденному подавался кислорода (через маску) - 16,6%.

Сравнительная характеристика некоторых показателей периода адаптации у недоношенных новорожденных, в зависимости от гестационного возраста показал, что у наибольшего количество обследуемых новорожденных с гестационным возрастом 32-34 недель подача кислород совершалась через маску (38,4%), у новорожденных с гестационным возрастом 28-29 недель ИВЛ проводилось мешком Амбу (60%), а максимальное количество но новорожденных с гестационным возрастом 28-29 недель и 30-31 были подключены к СРАРу, один случай подключение к аппарату ИВЛ наблюдалось детей с гестационным возрастом 28-29 недель.

Таким образом некоторых показателей периода адаптации у недоношенных новорожденных в зависимости от гестационного возраста показал, что наибольшее количество обследуемых новорожденных с гестационным возрастом 28-29 недель была подключена к СРАРу 100% и к подаче кислорода через маску – 70%. Среди новорожденных детей с гестационным возрастом 30-31 неделя у 80% детей подаче

кислорода осуществлялось через маску. 1/2 часть новорожденным был подключен СРАРу. Наибольшее количество новорожденных с гестационным возрастом 32-33 недель была подключена к СРАРу 38,8% и 20% к подаче кислорода через маску. Лишь у одного новорожденного ИВЛ проводилось мешком Амбу- 5%. Среди новорожденных детей с гестационным возрастом 34-35 недель один новорожденный был подключена к СРАРу, а в 36-37 недель одному новорожденному подавался кислорода через маску - 16,6%.

Сравнительная характеристика некоторых показателей периода адаптации показал, что у наибольшего количество обследуемых новорожденных с гестационным возрастом 32-34 недель подача кислород совершалась через маску (38,4%), у новорожденных с гестационным возрастом 28-29 недель ИВЛ проводилось мешком Амбу (60%), а максимальное количество но новорожденных с гестационным возрастом 28-29 недель и 30-31 были подключены к СРАРу, один случай подключение к аппарату ИВЛ наблюдалось детей с гестационным возрастом 28-29 недель.

Анализ некоторых состояний периода адаптации у новорожденных детей (табл.3.2.8.) показал, что у 30% обследуемых новорожденных были проведены реанимационные мероприятия. У 41,6% новорожденных наблюдалось кислородозависимость. Нестабильность температуры тела определялось у 40% и кувезное содержание у 61,6%. Среди новорожденных детей I группе 50% были проведены реанимационные мероприятия и 70% из них были кислородозависимые. В кувез содержание среди обследуемых новорожденных нуждались 65%. Нестабильность температуры тела наблюдалось у 40% новорожденных детей. Во II группе 20% новорожденных детей имело место проведение реанимационных мероприятий и 27,5% из них были кислородозависимые. Нестабильность температуры тела наблюдалось в 40% случаев. В кувезе находились 60% новорожденных.

Таблица 15

Характеристика некоторых состояний периода адаптации у недоношенных новорожденных, родившихся от матерей путем кесарева сечения.

Показатель	I группа (n=20)		II группа(n=40)		Всего (n=60)	
	Abs	%	abs	%	Abs	%
Проводилось ли реанимация	10	50	8	20	18	30
Кислородозависимость	14	70	11	27,5	25	41,6
Кувезное содержание	13	65	24	60	37	61,6
Нестабильность температуры тела	8	40	16	40	24	40

Сравнительная характеристика обследуемых групп показала, что реанимационные мероприятия проводились в большей степени среди детей I группы и составило – 55,5%, а также преобладало среди этих новорожденных детей повышенная кислородозависимость- 56%, чем у детей II группы. Большая нестабильность температуры тела и также кувезное содержание наблюдалось среди новорожденных второй группы -66,6%, 64,8% соответственно по сравнению с первой.

Таким образом исследования показали, что у большей части детей первой группы проводились реанимационные мероприятия, которые чаще были кислородозависимы, а нестабильность температуры тела и нахождение детей чаще в кувезе, наблюдалось у детей II группы.

Анализ некоторых состояний периода адаптации у новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста (табл. 3.2.9.) показал, что наибольшее количество обследуемых новорожденных с гестационным возрастом 28-29

Таблица 16.

Характеристика некоторых состояний периода адаптации у недоношенных новорожденных, в зависимости от гестационного возраста.

Показатели	28-29		30-31		32-33		34-35		36-37	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Проводилось ли реанимация	7	70	5	60	2	44.4	2	50	2	33,3
Кислородо зависимость	7	70	6	60	6	33.3	5	31.2	1	16.7
Кувезное содержание	10	100	10	100	12	66.7	5	31,2		
Нестабильность температуры тела	6	60	6	60	8	44.4	3	18,8	1	16.7
Итого	10		10		18		16		6	

недель находились на кувезном содержании. Количество новорожденных, которым проводились реанимационные мероприятия, а в последующем кислородозависимыми были в равных количествах по 70%. Все новорожденные с гестационным возрастом 30-31 неделя находились на кувезном содержании. Реанимационные мероприятия проводились у 60% детей, также кислородозависимыми были 60% и у такого же количества детей наблюдалось нестабильность температуры тела. Наибольшее количество новорожденных с гестационным возрастом 32-33 недели находились на кувезном содержании-66,7%. Реанимационные мероприятия проводились у 44,4% детей, у такого же количества детей наблюдалось нестабильность температуры тела. Кислородозависимыми были 33,3%. Среди новорожденных с гестационным возрастом 34-35 недели находились на кувезном содержании-31,2% такого же количества детей были кислородозависимыми 33,3%. Реанимационные мероприятия проводились у 50% детей, в меньшей степени наблюдалось нестабильность температуры тела 18,8%. У меньшей части новорожденных с гестационным возрастом 36-37 недели проводились реанимационные мероприятия –

33,3%. У 16,7% наблюдалась нестабильность температуры. Сравнительная характеристика обследуемых групп показала, что реанимационные мероприятия проводились в большей степени среди детей новорожденных с гестационным возрастом 28-29 недель, что составило -38,8%, также они были в большей степени кислородозависимые-28%. Все дети с гестационным возрастом 28-29 недель и 30-31 неделя нуждались в кувезном содержании. Нестабильность температуры тела наблюдалось во всех возрастных группах, но преобладало у детей с гестационным возрастом 28-29 недель и 30-31 неделя и 32-33 недели и составили соответственно 24%, 24%, 33,3%.

Таким образом исследования показали, что некоторых состояний периода адаптации у новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста показал, что наибольшее количество обследуемых новорожденных независимо от гестационным возрастом находились на кувезном содержании. Сравнительная характеристика обследуемых групп показала, что реанимационные мероприятия проводились в большей степени среди детей новорожденных с гестационным возрастом 28-29 недель, также они были в большей степени кислородозависимые-28%. Все дети с гестационным возрастом 28-29 недель и 30-31 неделя нуждались в кувезном содержании. Нестабильность температуры тела наблюдалось во всех возрастных группах, но преобладало у детей с гестационным возрастом 28-29 недель и 30-31 неделя и 32-33 недели.

Анализ сопутствующих патологий (таб.3.2.10) обследуемых новорожденных показало, что наиболее частыми патологиям явились, пневмония-56,6%, анемия – 43,3%, ЗВУР-33,3%, ВУИ-26,6%. У меньшего количества детей встречались следующие патологии, как ОРВИ-16%, ВПР-10% (ВПС-8,3%), ДВС-10%, НЭК-5% и БЛД, ретинопатия- по 1,6%.

Среди обследуемых новорожденных детей II группы наиболее часто из сопутствующих патологий наблюдались, пневмония-52,5%, анемия-35%, ЗВУР-32,7%, ВУИ-22,5%, %, сравнительно меньшей частотой встречались следующие сопутствующие патологии: ОРВИ-15%, ВПР-10%, ДВС-10%, сепсис-7,5%, и в единичных случаях НЭК-2,5%.

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

поздняя неонатальная заболеваемость	I группа (n=20)		II группа (n=40)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
ЗВУР	7	35	13**	32,5	20	33,3
Пневмония	13	65	21**	52,5	34	56,6
Сепсис	2	10	3	7,5	5	8,3
ВПР	2	10	4	10	6	10
ВПС	2		3	7,5	5	8,3
ДВС	2	10	4	10	6	10
Анемия	12	60	14	35	26	43,3
ВУИ	7	35	9	22,5	16	26,6
ГБН				1	1	1,6
Ретинопатия	1	5	-	-	1	1,6
БЛД	1	5	-	-	1	1,6
НЭК	2	10*	1	2,5	3	5
ОРВИ	4	20	6	15	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, как и в первой группе пневмония-65%, анемия – 60% ЗВ УР и ВУИ по 35%, в незначительном количестве ВПР, ДВС ,сепсис , НЭК что составило по 10% и в единичном случае наблюдалось БЛД и ретинопатия-по 5%.

Сравнительная характеристика обследуемых новорожденных, показала, что сопутствующие патологии как ЗВУР-65%% (P<0,001), пневмония-61,7%(P<0,001), анемия-53,8%, ОРВИ-60% преобладало у новорожденных детей II группы, а НЭК-66,6%(P<0,05), у новорожденных детей I группы.

Таким образом, среди сопутствующих патологий у обследуемых новорожденных наиболее часто наблюдалось пневмония-56,6%, анемия – 43,3%, ЗВУР-33,3%, ВУИ-26,6%. которые преобладали как в первой, так и во второй группах. Сравнительная характеристика групп обследуемых новорожденных, показала, что среди сопутствующих патологий ЗВУР-65%%(P<0,001), пневмония-61,7%(P<0,001), анемия-53,8%, ОРВИ-60% преобладало у новорожденных детей II группы, а НЭК-66,6%(P<0,05) у новорожденных детей I группы.

Таблица №18

Спектр патологических состояний в позднем неонатальном периоде у недоношенных новорожденных детей, в зависимости от гестационного возраста

Г/В	28-29 4/6		30-31 3/7		32-33 6/12		34-35 5/11		36-37 2/4	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
поздняя неонатальная заболеваемость										
ЗВУР	4	40	5	50	3	16,7	7	43,8	1	16,7
Пневмония	10	100	10	100	8	44,4	4	25	2	33,3
ВПР	4	40	2	20					-	-
ВПС					3	16,7	2	12,5	-	-
ДВС	4	40	1	10	-	-	1	6,25	-	-
Анемия	8	80	10	100	7	38,9	3	18,75,5		
ВУИ	5	50	7	70	6	33,3	2	12,5	3	50
ГБН						-	1	6,25	-	-
БЛД	1	10							-	-
НЭК	1	10	2	20	-	-	-	-	-	-
Сепсис	3	30	1	10	-	-	1	6,25	-	-

ОРВИ	-	-					4	25	6	100
------	---	---	--	--	--	--	---	----	---	-----

Проводя анализ (таблица № 18) спектра патологических состояний в позднем неонатальном периоде у недоношенных новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста показало, что наиболее частыми патологиями у новорожденных с гестационным возрастом 28-29 недель явились, пневмония-100%, анемия – 80%, ВУИ-50%. У меньшего количества детей встречались следующие патологии, как ЗВУР, ВПР и ДВС по 40%, сепсис – 30%, НЭК и БЛД- по10%. Среди обследуемых новорожденных детей у новорожденных с гестационным возрастом 30-31 неделя наиболее часто из сопутствующих патологий наблюдались, пневмония, анемия по100%, ВУИ-70%, ЗВУР-50%, сравнительно меньшей частотой встречались следующие сопутствующие патологии: ВПС и НЭК по20%, и в единичных случаях анемия, ДВС, сепсис-по 10%. У новорожденных детей с гестационным возрастом 32-33 недели среди патологий превалировало, как и в предыдущих возрастных группах пневмония-44,4%, анемия – 38,9 ВУИ -33,3% и в незначительном количестве ЗВУР и ВПР по 16,7%. У новорожденных детей с гестационным возрастом 34-35 недели среди сопутствующих патологий по частоте на первый план выступали, как и в предыдущих возрастных группах пневмония-44,4%, анемия – 38,9%, ВУИ -33,3% и в незначительном количестве ВПР и ЗВУР по 16,7%. Среди новорожденных детей с гестационным возрастом 36-37 недели наиболее часто из сопутствующих патологий наблюдались ВУИ-50%, пневмония-33,3% и в единичных случаях ЗВУР-16,7%.

Сравнительная характеристика обследуемых новорожденных показала, что среди сопутствующих патологий как ЗВУР-35%, преобладало у новорожденных детей 34-35 недель гестации; пневмония-29,4% у новорожденных детей 28-29, 30-31 и 34-35 недель гестации; ВПР-66,6%, ДВС- 66,6%, анемия – 32% , сепсис -60% , и один случай БЛД у новорожденных детей 28-29 недель гестации; ВПС -60%, НЭК – 66,6% у 30-31 недель,; ВУИ -30% у новорожденных детей 30-31 и 32-33 недели гестации ; ОРВИ – 60% у новорожденных детей 36-37 недели гестации.

Таким образом, среди сопутствующих патологий у обследуемых новорожденных среди спектра патологических состояний в позднем неонатальном периоде у

недоношенных новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста показало, что наиболее частыми патологиями у новорожденных с гестационным возрастом 28-29 недель явились, пневмония-100%, анемия – 80%, ВУИ-50%. Среди обследуемых новорожденных детей у новорожденных с гестационным возрастом 30-31 неделя наиболее часто из сопутствующих патологий наблюдались пневмония и анемия по 100%, ВУИ-70%, ЗВУР-50%. У новорожденных детей с гестационным возрастом 32-33 недели среди патологий преобладало, как и в предыдущих возрастных группах пневмония-44,4%, анемия – 38,9 ВУИ -33,3, а у новорожденных детей с гестационным возрастом 34-35 недели на первый план выступали как и в предыдущих возрастных группах пневмония-44,4%, анемия – 38,9%, ВУИ -33,3%. Среди новорожденных детей с гестационным возрастом 36-37 недели наиболее часто из сопутствующих патологий наблюдались ВУИ-50%, пневмония-33,3% и в единичных случаях ЗВУР-16,7%.

Сравнительная характеристика обследуемых новорожденных показала, что среди сопутствующих патологий как ЗВУР-35%, преобладало у новорожденных детей 34-35 недель гестации; пневмония-29,4% у новорожденных детей 28-29, 30-31 и 34-35 недель гестации; ВПР-66,6%, ДВС- 66,6%, анемия – 32% , сепсис -60% у новорожденных детей 28-29 недель гестации; ВПС -60%, НЭК – 66,6% у 30-31 недель: ВУИ -30% у новорожденных детей 30-31 и 32-33 недели гестации : ОРВИ – 60% у новорожденных детей 36-37 недели гестации.

9. ЧАСТОТА И ТЕЧЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС.

У всех обследуемых новорожденных наблюдалось перинатальное поражение ЦНС. Как видно из таблицы № 3.3.1 у новорожденных детей наиболее часто встречалось синдром нервно рефлекторной возбудимости 63,3% и синдром вегето-висцеральной дисфункции 31,6%, в 2 раза меньше 2 и более сочетанных синдромов (30%), в 2,5 раза меньше наблюдался синдром угнетения (25%), в 7 случаях судорожный синдром (11,7%), 2,2 и в единичном случае коматозное состояние, что составило 1,7%%.

В I группе наибольшее количества детей встречались в равных соотношениях с синдромом нервно-рефлекторной возбудимости и 2 и более сочетанными синдромами и составили соответственно по 40%, у 1/2 части новорожденных наблюдался синдром

угнетения (50%), и у меньшего количества детей гипертензионный (10%) и судорожный синдром (10%).

Таблица №19

Клинические проявления неврологических синдромов у новорожденных детей с ППЦНС в группах наблюдения

№	Неврологические синдромы	I группа n= 20		II группа n =40		Общее число n =60	
		Abs	%	Abs	%	Abs	%
1.	Синдром НРВ	8	40	30	50*	38	63,3
2.	Синдром угнетения	10	50	5	8,3*	15	25
3.	Судорожный синдром	2	10	5	8,3	7	11,7
4.	Гипертензионный	2	10	5	8,3	7	11,7
5.	Гидроцефальный			1	2,5	1	1,7
6.	Коматозный синдром	1	5			1	1,7
7.	Синдром вегето- висцеральных дисфункций	6	30	13	25*	19	31,6
8.	2 и более сочетанных синдромов	6	40	12	23,3*	18	30

Примечание:

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

Среди обследуемых новорожденных детей II группы наиболее часто встречалось синдром НРВ (50%), 1/4 часть новорожденных наблюдался синдром вегето-весцеральной дисфункции-25% и 2 и более сочетанных синдромов (23,3%). У меньшего количества детей синдром угнетение, судорожный синдром и гипертензионный по 8,3%. В единичном случае гидроцефальный синдром, что составило 1,6%

Сравнительная характеристика между группами показала, что коматозное состояние встречалось только у детей I группы, что составило (100%). синдромы НРВ (84%), вегето-висцеральной дисфункций (68%), 2 и более сочетанных синдромов (66,6%) ($P < 0,05$), а также, судорожный синдром (71,4%), гипертензионный синдром (71,4%) преобладали во II группе и, а в I группе преобладал синдром угнетения (66,6%).

Таким образом, у всех обследуемых новорожденных наблюдалось перинатальное поражение ЦНС среди синдромов наиболее часто встречалось синдром НРВ и синдром вегето-висцеральной дисфункции, который преобладал также у новорожденных детей II группы, а в I группе у наибольшего количества детей встречался синдром угнетения в равных соотношениях синдромом НРВ и 2 и более сочетанными синдромами. Сравнительная характеристика между группами показала, что коматозное состояние встречалось только у детей I группы, что составило (100%). синдромы НРВ, вегето-висцеральной дисфункций, 2 и более сочетанных синдромов ($P < 0,05$), преобладали во II группе и, а в I группе преобладал синдром угнетения ($P < 0,05$).

Наши исследования показали, что среди клинических проявления неврологических расстройств у недоношенных новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста наиболее часто встречались синдромы нервно рефлекторной возбудимости, а также 2 и более сочетанных синдромов в одинаковых количествах по 80% у новорожденных детей с гестационным возрастом 28- 29 недели, в 2,6 раза меньше синдром угнетения. Остальные синдромы в единичных случаях.

Таблица №20

Клинические проявления неврологических расстройств у недоношенных новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста.

Неврологические синдромы	28-29 n= 10		30-31 n= 10		32-33 n= 18		34-35 n= 16		36-37 n= 8	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Синдром НРВ	8	80	6	60	10	56	10	62,5	4	50

Синдром угнетения	3	30	3	30	4	22,2	3	18,7	2	25
Судорожный синдром	2	20	3	30	1	5	1	6,25	-	-
Гипертензионный синдром	1	10	1	10	2	11,1	3	18,75	1	12,5
Гидроцефальный синдром	2	20	-	-	-	-	-	-	1	12,5
Синдром вегето-висцеральная дисфункция	2	20	5	50	3	16,6	5	31,2	4	50
Коматозный синдром	-	-	1	10	-	-	-	-	-	-
2 и более сочетанных синдромов	8	80	8	80	2	11,1	6	37,5	6	75

Такая же почти картина наблюдалась и в группе новорожденных детей с гестационным возрастом 30- 31 недели. Там также преобладали нервно рефлекторной возбудимости-60%, а также 2 и более сочетанных синдромов (80%). Немаловажное значение имел синдром вегето-висцеральной дисфункции (50%). В 2 раза меньше синдром угнетения- 30% и судорожный синдром-30%. Необходимо отметить что в данной возрастной группе наблюдался 1 новорожденный ребенок находился в коме. Среди новорожденных детей с гестационным возрастом 32-33 недели преобладали синдром нервно рефлекторной возбудимости-56%, а также синдром угнетения (22,2%), вегето-висцеральной дисфункции (16,6%). 2 и более сочетанных синдромов, гипертензионный синдром наблюдалось в одинаковых количествах по 11,1%. Среди новорожденных детей с гестационным возрастом 34-35 недели на первый план выступили синдром нервно рефлекторной возбудимости-62,5% и синдром вегето-висцеральной дисфункции (31,2%). В 3,5 раза меньше синдром угнетения и гипертензионный синдром по 18,75%. В единичном случае судорожный синдром – 5%. В группе новорожденных с гестационным возрастом 36- 37 недели у 1/2 части детей

выявлен синдромы нервно рефлекторной возбудимости и вегето-висцеральных дисфункций. У 75% детей наблюдалось 2 и более сочетанных синдромов, у 25% синдром угнетения.

Сравнительная характеристика между клиническими проявлениями неврологических расстройств у недоношенных новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста показало, что коматозное состояние встречалось только у детей с гестационным возрастом 30- 31 неделя, гидроцефальный синдром гестационным возрастом 28- 29 (66,6%) и 36-37 недель. Синдром НРВ наиболее часто встречался у детей с гестационным возрастом 32- 33 и 34-35 недель по 26,3%, синдром угнетения у детей с гестационным возрастом 32- 33 недели-26,6%, судорожный синдром у детей с гестационным возрастом 30- 31 неделя-42,8%, гипертензионный синдром у детей с гестационным возрастом 34- 35 недель-37,5%, синдром вегето-висцеральных дисфункций у детей с гестационным возрастом 30- 31 неделя и 34- 35 по -26,3%, 2 и более сочетанных синдромов у детей с гестационным возрастом 28- 29 недель и 30- 31 по -26,6%

Таким образом, среди клинических проявления неврологических расстройств у недоношенных новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста наиболее часто встречались синдромы нервно рефлекторной возбудимости, а также 2 и более сочетанных синдромов с гестационным возрастом 28- 29 недели, в 2,6 раза меньше синдром угнетения. Такая же почти картина наблюдалось и в группе новорожденных детей с гестационным возрастом 30- 31 недели. Необходимо отметить что в данной возрастной группе наблюдался 1 новорожденный ребенок находился в коме. Среди новорожденных детей с гестационным возрастом 32-33 недели преобладали синдром нервно рефлекторной возбудимости, синдром угнетения, вегето-висцеральной дисфункции. У новорожденных детей с гестационным возрастом 34-35 недели на первый план выступили синдром нервно рефлекторной возбудимости и синдром вегето-висцеральной дисфункции В группе новорожденных с гестационным возрастом 36- 37 недели у 1/2 части детей выявлен синдромы нервно рефлекторной возбудимости и вегето-висцеральных дисфункций. У 75% детей наблюдалось 2 и более сочетанных синдромов. Сравнительная характеристика между клиническими

проявлениями неврологических расстройств у недоношенных новорожденных детей в зависимости от гестационного возраста показало, что коматозное состояние встречалось только у детей с гестационным возрастом 30- 31 неделя, гидроцефальный синдром гестационным возрастом 28- 29 и 36-37 недель. Синдром НРВ наиболее часто встречался у детей с гестационным возрастом 32- 33 и 34-35 недель, синдром угнетения у детей с 32- 33 недели, судорожный синдром 30- 31 недель, гипертензионный синдром 34- 35 недель, синдром вегето-висцеральных дисфункций 30- 31 недель и 34- 35 ,2 и более сочетанных синдромов 28- 29 и 30- 31 недель.

Данные НСГ (таб.3.3.3) обследуемых новорожденных показали, что у основного контингента детей, наблюдались гипоксически ишемические поражения ЦНС (71,6%), церебральная ишемия I степени у 9 (15%) детей, II степени у 20 (33,3%) и III степени у 24 (40%). Гипоксически геморрагические поражения наблюдались в четыре раза меньше, что составило 9 (15%) новорожденных детей. У наиболее большого количества новорожденных наблюдалось ВЖК II степени 4 (6,6%) и в одинаковых количествах ВЖК III степени и ВЖК I степени по 2 (5%) и наименьшей частотой встречалось ПВЛ, что составило-5% и отёк мозга 3,4%. Однако локальные гиперэхогенные очаги ПВО наблюдалось в 30% случаев и у 21,6% морфофункциональная незрелость.

Таблица 21

Показатели нейросонографии (НСГ) обследуемых новорожденных

Признаки НСГ головного мозга	I гр. (n=20)		II гр. (n=40)		Всего (n=60)	
	Abs	%	Abs	Abs	%	Abs
Гипоксически ишемические поражения	16	80	37**	92	43	71,6
Церебральная ишемия I ст.	2	10	7	17,5	9	15
Церебральная ишемия II ст.	6	30	14*	35	20	33,3
Церебральная ишемия III ст.	8	40	16**	40	24	40

Гипоксически геморрагические поражения	7	35	3	7,5	10	16
-ВЖК I ст.	2	10	1	2,5	3	5
-ВЖК II ст.	3	15	1	2,5	4	6,6
-ВЖК III ст.	7	35* *	3	7,5	10	16
субарахноидальное кровоизлияние	-	-	1	2,5	1	1,7
3.ПВЛ	2	10	3	7,5	5	8,3
Локальные гиперэхогенные очаги ПВО	6	30	8	20	18	30
Морфофункциональная незрелость	5	25	8	20	13	21,6
Отёк мозга	-	-	2	5	2	3,4

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 преобладали гипоксически ишемические поражения головного мозга, что составило 80%, из них у 10% новорожденных наблюдалась церебральная ишемия I степени, у 30% II степени и у 40% новорожденных III степени. Гипоксически геморрагические поражения встречались у 35% новорожденных, из них ВЖК II степени 15%, и ВЖК I и III степени в одинаковых количествах по 10% и в 2 случаях ПВЛ-10%, у 5 наблюдалась морфофункциональная незрелость 25%, а также локальные гиперэхогенные очаги ПВО наблюдалось в 30% случаев.

Среди новорожденных II группы – у 92% наблюдалось гипоксически ишемические поражения ЦНС, которые проявлялись чаще церебральной ишемией III степени (40%), церебральной ишемией II степени (35%) и в 2 раза меньше церебральной

ишемией степени I (17,5%), в 10 раз меньше встречались гипоксически геморрагические поражения (7,5%), 5 раз меньше ПВЛ (7,5%) и в единичном случае субарахноидальное кровоизлияние (2,5%). У 8 новорожденных наблюдалось морфофункциональная незрелость 20%, а также локальные гиперэхогенные очаги ПВО наблюдалось в 20% случаев и у 2 отек мозга.

Сравнительная характеристика между группами показала, при поражении ЦНС субарахноидальное кровоизлияние встречалось только у новорожденных детей II группы (100%), гипоксически ишемические поражения ($P < 0,001$) с преобладанием церебральных ишемий III ($P < 0,001$) и II степени ($P < 0,05$) достоверно чаще преобладали во второй группе, что соответственно составили по 66,6% и 70%, а в I группе больше встречалось гипоксически геморрагические поражения (70%) с преобладанием ВЖК II степени 75%.

Таким образом, по данным НСГ у обследуемых новорожденных было выявлено, что у основного контингента детей, наблюдались гипоксически ишемические поражения ЦНС с преобладанием церебральной ишемией III степени. Среди гипоксически геморрагических поражений ЦНС которые встречались в 4 раза меньше у новорожденных наиболее часто наблюдалось ВЖК II степени. Среди новорожденных I и II группы наблюдалось гипоксически ишемические поражения ЦНС, которые проявлялись чаще церебральной ишемией II степени. Сравнительная характеристика между группами показала, при поражении ЦНС субарахноидальное кровоизлияние встречалось только у новорожденных детей II группы, гипоксически ишемические поражения с преобладанием церебральных ишемий II и III степени преобладали во второй группе, а в I группе больше встречалось гипоксически геморрагические поражения с преобладанием ВЖК II степени.

Как видно из таблицы №3.3.4 взаимосвязь между видами поражения ЦНС и неврологическими синдромами так с гипоксически ишемическими изменениями наблюдалось у недоношенных новорожденных, родившихся от матерей путем кесарева сечения проявление неврологических симптомов таких как синдром угнетения (0,4), синдром вегетоваскулярной дисфункции (0,32), НРВ (0,5) средняя прямая

корреляционная связь и судоргами (0,2) слабая прямая корреляционная связь. При ВЖК во всех случаях наблюдалось слабая прямая корреляционная связь.

Таблица № 22

Коррелятивная взаимосвязь видов ППЦНС от клинических неврологических симптомов у недоношенных новорожденных детей, родившихся от матерей путем кесарева сечения.

Виды поражения	Неврологические синдромы			
	НРВ	Синдром угнетения	Вегето – висцеральной дисфункции	Судорги
ВЖК	0,1*	0,12*	0,2*	0,1*
ГЭИ	0,5**	0,4**	0,32**	0,2*

Примечание: *-слабая прямая связь; **-средняя прямая связь; ***-сильная прямая связь.

10. Санитарно-просветительская деятельность учреждений здравоохранения и информированность женщин по вопросам планирования семьи.

Система санитарно-просветительской работы среди населения в направлении охраны здоровья матери и ребенка (акушерско-гинекологических и детских лечебно-профилактических учреждениях) построилась с учетом специфики работы этих учреждений. Санитарное просвещение направлена бкла на формирование у населения знаний и навыков, необходимых для создания оптимальных условий развития ребенка и охраны его здоровья (при этом особое внимание обращалось на оздоровление организма девочки); для охраны генеративной функции мужчины и женщины, оздоровления их организмов еще до наступления беременности и охраны здоровья беременных и матерей. Санитарное просвещение должно способствовать принятию супругами грамотных с медицинской точки зрения решений в отношении деторождения.

Санитарно-просветительская работа среди женщин проводится дифференцированно среди лиц репродуктивного возраста и старшей возрастной

группы, подразделяясь в каждой из них на работу с тремя подгруппами: здоровые лица, составляющие «группы риска», больные гинекологическими заболеваниями.

В группе женщин репродуктивного возраста программа включает пропаганду здорового образа жизни и материнства; планирование семьи и медико-генетическую информацию в целях предупреждения врожденных и наследственных заболеваний; профилактику гинекологических заболеваний и предупреждение не планируемой беременности; разъяснение вреда аборта для организма женщины, важности регулярного посещения гинеколога и необходимости ранней явки к врачу при наступлении беременности.

Санитарно-просветительская работа осуществлялась в виде индивидуальных и групповых бесед с использованием наглядных средств пропаганды. В целях закрепления полученной информации выдается печатная продукция (листовки, памятки, буклеты), с которой женщина может ознакомить членов семьи, в первую очередь мужа. Дифференцированно велась работа с женщинами, обратившимися к акушеру-гинекологу с целью прерывания беременности. При отсутствии показаний для прерывания беременности проводилась активная работа не только с женщиной, но и с мужем по предупреждению аборта, используя при этом всевозможные формы работы и средства пропаганды.

В программу санитарного просвещения больных гинекологическими заболеваниями дополнительно ввели рекомендации, направленные на формирование навыков, способствующих скорейшему выздоровлению и препятствующих возникновению рецидивов заболевания. Кроме того, освещаются вопросы планирования семьи с учетом специфики экстрагенитального заболевания женщины и объясняется важность оздоровления организма женщины до наступления беременности. Программа санитарного просвещения женщин старших возрастных групп должна содержать анатомо-физиологические особенности женщины в периоды климакса и менопаузы; вопросы гигиены женщины в эти периоды жизни; гигиенические рекомендации по профилактике гинекологических и онкологических заболеваний.

Санитарно-просветительская работа с беременными и родильницами направлена на формирование у них адекватного гигиенического поведения и навыков,

необходимых для благоприятного течения и исхода беременности и родов, послеродового периода, создания оптимальных условий вскармливания и ухода за новорожденным. Оно проводится в течение всей беременности (с момента взятия на учет) и послеродового периода в форме индивидуальных бесед и занятий в школе материнства. Занятия организуются дифференцированно в зависимости от сроков беременности (I, II, III триместры беременности и послеродовой период) и включают вопросы, касающиеся анатомо-физиологических особенностей организма женщины и плода в различные сроки и гигиены женщины в этот период (включая правила личной гигиены, половой жизни, двигательного режима, диеты и т. д.); значения регулярного посещения врача для благополучного течения и исхода беременности; физиологии родов и психопрофилактической подготовки к ним (с 32-34 недели беременности); подготовки организма женщины к лактации и грудному вскармливанию; правильной организации условий жизни новорожденного ребенка дома.

В целях закрепления полученных знаний женщина должна получить в личное пользование печатный и/или видеоматериал, содержащий гигиенические рекомендации, который лучше представлять в виде буклета или DVD (соответственно триместрам беременности и послеродовому периоду).

Санитарно-просветительская работа среди женщин, имеющих повышенный риск неблагоприятного течения и исхода беременности и родов («группы риска»), осуществляется дифференцированно в зависимости от фактора риска, специфики экстрагенитального заболевания. Женщина должна получить специальные гигиенические рекомендации по вопросам режима жизни, гигиены, диеты, двигательного режима, необходимости выполнения всех врачебных назначений в целях охраны своего здоровья и здоровья будущего ребенка.

В задачи акушерско-гинекологических учреждений входит санитарно-просветительская работа и с членами семьи женщины, в первую очередь с мужем, от поведения которого в значительной степени зависит здоровье женщины и новорожденного. Муж должен быть ознакомлен с такими важными вопросами, как вред аборта для организма женщины и влияние его на последующее деторождение; гигиена

половой жизни; охрана здоровья беременной и женщины-матери; создание условий жизни женщины для оптимальной лактации; ухода за новорожденным.

ВЫВОДЫ

1. Вышеприведенные данные позволяют сделать вывод о влиянии различных социально-гигиенических факторов на возникновение заболеваний у детей, рожденных путем КС. Большинство этих факторов являются управляемыми. Определение силы влияния того или иного неблагоприятного фактора позволит нам в дальнейшем разработать комплекс мероприятий по медико-социальной профилактики, что должно повысить эффективность диспансерного наблюдения у детей, рожденных оперативным путем.

2. В результате проведенного исследования можно сделать вывод о том, что на частоту кесарева сечения оказывают влияние медико-биологические факторы. Среди женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, выше частота соматической патологии, гинекологических заболеваний, анамнез характеризуется большим количеством медицинских аборт, самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся и эктопических беременностей. Наблюдается высокий процент первородящих, что в дальнейшем может послужить показанием для повторной операции.

Наиболее частыми показаниями к операции кесарево сечение явились аномалии родовой деятельности, наличие рубца на матке после предыдущей операции кесарево

сечение, отказ от родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке после операции кесарево сечение, прогрессирующая хроническая внутриутробная гипоксия плода и др.

В половине случаев у женщин, имеющих одно кесарево сечение в анамнезе, наличие рубца на матке явилось показанием к повторной операции, при этом в 4,5% случаев данный рубец был состоятельным по данным обследования.

3. К фактором риска приведших к изменениям клинического состояния и неврологического статуса недоношенных детей при оперативном родоразрешении явилось преждевременная отслойка плаценты – 90%, рубец на матке – 88,8%, раннее отхождения околоплодных вод–73%, обвитие пуповины -72,7%, неправильное положение плода – 71,4% особенно с ягодичным предлежанием – 69%, ФПН I-III ст.-70%, преэклампсия, эклампсия -70%, угрожающая гипоксия плода и асфиксия – 66,6%, и угроза прерывания I и II половины беременности – 63,6% %.

4. У недоношенных новорожденных, родившихся путем КС в подавляющем большинстве случаев, наблюдалось рождение детей с признаками тяжелой асфиксии (60%), нарушения гемодинамики в виде артериальной гипотонии со снижением показателей среднего артериального давления ($p > 0,05$). В раннем неонатальном периоде в обеих группах чаще отмечались респираторные расстройства, в том числе респираторный дистресс синдром (66,6%), внутриутробная пневмония (66,7%), ателектазы (60%), которые преобладали у детей во 2-й группе, а аспирационный синдром (75%), родовой травматизм (50%) значительно превышает таковые показатели при родоразрешения через естественные родовые пути.

5. Обследовано 60 недоношенных новорожденных детей с поражениями ЦНС, родившихся путем кесарева сечения, с массой тела от 900 до 2900 г, и гестационным возрастом от 28 до 37 недель. В том числе 10 новорожденных детей родились со сроком гестации 28-30 недель, 28 - на 31-33 недели, 22 - на 34-37 неделях. Все обследуемые недоношенные новорожденные дети с поражениями ЦНС, родившихся путем кесарева сечения были разделены на 2 группы в зависимости от способа родоразрешения: 1-ю

группу составили 20 детей, родившихся естественным путем, 2-ю группу - 40 новорожденных, родившихся путем операции кесарева сечения.

Было выявлено, что среди обследуемых недоношенных новорождённых детей преобладали девочки, наибольшее количество детей было с гестационным возрастом 32-33 недели и с массой тела при рождении 2000 грамма. В ходе работы был проведен анализ анамнестических данных, матерей обследуемых новорожденных, изучали антенатальный и интранатальные факторы риска, общий клинический осмотр, антропометрия. Лабораторные, инструментальные методы исследования.

6. Таким образом, среди обследуемых новорожденных возрастной аспект матерей от 18 до 30 лет от 30 до 35 лет -14% составило поровну по 50%. В первой группе с высокой разницей превалировало число матерей в возрасте от 18 до 30 лет, что составило-60%, во второй группе от 30 до 35 лет, что составило-55%. При изучении кратности беременности матерей новорожденных было выявлено, что среди обследуемых групп наиболее часто встречались дети, от II-III беременности-63%, как в первой, так и во-вторых группах. Сравнительный анализ групп показал, что наибольшее количество рожденных новорожденных детей от II-III и IV беременности встречались во второй группе (60,5% и 77,7%). К оперативному родоразрешению наиболее частыми показаниями явился ФПН-I-III ст и гестоз (преэклампсия, эклампсия) -по 33,3% и раннее отхождение вод и 43,3%, аномальное расположения плода- 23,3%, обвитие пуповины-18,3%%, рубец на матке – 10%. Среди экстрагенитальных заболеваний матери во время беременности, обследуемых новорожденных наиболее часто встречались анемия I-III степени-50%, ОРВИ-43,3%, с меньшей частотой TORCH-инфекции -28,3%, гипертоническая болезнь-23,3%, гестоз (преэклампсия эклампсия) – 23,3%. Такая же картина наблюдалась как в первой, так и во второй группах.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При осложненном течении беременности и родов, независимо от способа родоразрешения, необходимо обеспечить возможность оказания реанимационной помощи в полном объеме, так как вероятность рождения недоношенного ребенка в тяжелом состоянии и развитие жизни угрожаемых состояний (в частности, артериальной гипотонии и тяжелых поражений ЦНС) высока при любом способе, особенно при родах естественным путем.

2. Ранняя постановка на учет, грамотное и внимательное ведение беременности врачом женской консультации с учетом индивидуальных особенностей пациентки совместно со смежными специалистами с целью ранней диагностики, лечения и профилактики экстрагенитальных заболеваний;

3. Напряженное течение процессов адаптации новорожденных, извлеченных путем КС, свидетельствует о необходимости выделения их в особую группу медицинского наблюдения.

4. Организацию выхаживания данных новорожденных необходимо осуществлять на основе единых принципов, включающих мероприятия, по созданию щадящих условий для ранней адаптации. Возможность отдаленных последствий особенностей позднего периода новорожденных, извлеченных путем операции КС, диктует необходимость диспансерного наблюдения их в раннем возрасте по индивидуальному плану.

5. Внедрение в технологию организации информационной взаимосвязи, в том числе обратной связи женских консультаций, стационаров родильного дома, территориальной поликлиники.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево сечение. - М., 2019. - 147 с.

2. Абдурахманова Б.Р., Файзиходжаева Н. Суточное колебания артериального давления у недоношенных детей с поражением ЦНС. Ёш олимларнинг “Соғлом бола йили”га бағишланган “XXI АСР – интеллектуал авлод АСРИ” шиори остидаги “тиббиётнинг долзарб муаммолари” мавсудаги илмий-амалий анжумани тезислар туплами. Тошкент. 2014 й. 28 бет.

3. Абрамченко В.В., Сулухия Р.В. Кесарево сечение при недоношенной беременности. (Обзор) // Журнал акушерство и гинекология. - 2012. - № 4. -С. 3-5.

4. Абаева З.Р. Влияние виферона на иммунитет новорожденных от матерей инфицированных цитомегаловирусом и вирусом простого герпеса: афтореф. дис.

5. Абдурахманова Б.Р., Кадырова Н.Х. канд. мед. наук. М., 2016. Стр.20. Показатели артериального давления у новорожденных с перинатальным поражением ЦНС в зависимости от гестационного возраста. Актуальные проблемы педиатрии. Сборник тезисов. Москва. 2016 й.13-14 феврал. 83 бет.

6. Абдуллаева Д.Ф. Факторы риска, приводящие к оперативному родоразрешению, путём кесарева сечения. “Соғлом она ва бола йилига бағишланган “ Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари республика илмий-амалий анжумани. Тезислар туплами. Ташкент,14 апрел. 2016 й. 89 бет.

7. Абдуллаева Д.Н., Абдурахмонова Ш. Показатели нейросонографии новорожденных детей, родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения. “Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари” Республика илмий-амалий анжумани. 18 апрель, 2018 йил. 17 бет.

8. Абдуллаева Д.Н., Кулмирзаева Д.Ш. Характеристика некоторых показателей периода адаптации у новорожденных, родившихся от матерей путем экстренного кесарева сечения. “Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари” Республика илмий-амалий анжумани. 18 апрель, 2018 йил. 7 16 бет.

9. Амизян Н.М., Ходжиметова Ш.Х. Сравнительная характеристика сопутствующей патологии у новорожденных, родившихся путём кесарева Узбекистана №2-3.2012 й. 169-170 бетлар.

10. Алипов В.И., Абрамченко В.В., Фридман В.И. Комплексная оценка состояния плода в родах и показания к кесареву сечению // Журнал акушерство и гинекология. - 2009. - № 11. - С. 6-9.
11. Ахмадеева Э.Н. Клинико-функциональная характеристика процессов адаптации и научные основы организации и выхаживания новорожденных, извлеченных кесаревым сечением // Автореф. дисс. д.м.н.-Уфа. - 2016.-С. 33-38.
12. Абрамченко В.В., Кесарево сечение в перинатальной медицине /Шамхалова И.А. Ланцев Е.А.//- СПб., ЭЛБИ СПб., 2013. Стр. 226.
13. Абрамченко В.В. Цитирование из книги «Активное ведение родов», -СПб., ЭЛБИ СПб., 2015. Стр. 603.
14. Абдурахманов Б.Р. Мониторинг артериального давления у новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы. Сборник трудов хvii-ой всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием«молодежь и медицинская наука в хxi веке». Киров. 13-15 апрел. 2016 й. 6 бет.
15. Агамирян С.А. Адаптация новорожденных в зависимости от вида анестезии при кесаревом сечении. /Арутюнян А А. Урозов. «У страны, где дети здоровы, — великое будущее» \.Г // 2016.Стр. 47.
16. Альбицкий В.Ю. Кесарево сечение в перинатальной медицине адаптация новорожденных. Вопр. Современ. Педиатр. 2016., № 6. - Стр. 8-12.
17. Амизян Н.М., Абдурахманова Б.Р. Рузметова Г.Б. Показатели артериального давления у новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы. Журнал “Молодой ученый”. №2 (106) январь. 2016 й. стр. 333 -336
18. Ананьев Е.В.2007г. Кесарево сечение в перинатальной медицине. СПб.: ЭЛБИ СПб., 2015. - 25с
19. Антонов А. Г., «Реанимация и интенсивная терапия новорожденных с асфиксией», Учебник по неонатальной реанимации Американской сердечной ассоциации и Американской академии педиатрии, 2016. Стр.79-95.

20. Ахмадева Э.Н. Клинико — физиологическая характеристика процессов адаптации и научные основы организации выхаживания новорожденных, извлеченных кесаревым сечением //автореф. дис. д-ра мед. наук./ М., 2010; Стр. 10.
21. 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. 2013; Стр. 20-21.
22. Ахмадеева Э.Н. Дети после кесаревым сечением. Башкирский государственный медицинский университет. / Еникеева Ю.Д. // 2015.Стр. 39.
23. Ахмадеева Э.Н. Особенности микробного пейзажа новорожденных в зависимости от способа родоразрешения. /Амирова В.Р.//Российский вестник перинатологии и педиатрии -2016. -№5: -Стр.19-21.
24. Ахмадеева Э.Н. Психомоторное развитие детей, перенесших неонатальную реанимацию. / Валиулина А.Я.// Росс. Пед. Жур. -2017 - №2. -Стр.43.
25. Ахмадеева Э.Н., Енекеева Ю.Д.. Особенности ранней адаптации новорожденных, извлеченных путем операции кесарева сечения\ Практическая медицина 2009, №39, Стр. 5-8.
26. Барашнев Ю.И. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: вклад перинатальных факторов, патогенетическая характеристика и прогноз // Журнал Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2016. - №2. - С. 29-35.
27. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. - М., - 2011. - 640 с.
28. 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. 2013.-№4-Стр.8-11.
29. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М.: Триада- X, 2012. Стр.49.
30. Бочарова И.И. Влияние виферонотерапии у матерей в комплексе лечения урогенитальных инфекций во время беременности на показатели иммунитета и состояние здоровья их новорожденных. / И.И.Бочарова В.В. Малиновская, А.Н.

Аксенов, Н.Ф. Башакин, Т.С. Гусева, О.В.Паршина, М.В. Троицкая, Е.А. Лебедева // Рос. вестн. Акушера - Гинеколога -2009. -№5. Стр.67-81.

31. Бочарова И.И. Влияние урогенитальной инфекции матери на клиничко-иммунологическую адаптацию новорожденного. / И.И. Бочарова, Н.Ф. Башакин, А.Н. Аксенов и др. // Вопр практ педиатрии. - 2016. -№1- Стр.27.

32. Брюханова О.А. Особенности микробного пейзажа новорожденных в зависимости от способа родоразрешения. Российский вестник перинатологии и педиатрии -2016. -№5.-Стр.19-21.

33. Валиулина А.Я. /Психомоторное развитие детей, перенесших неонатальную реанимацию. // Росс.Пед. Жур. -2017.-№2. Стр-43.

34. Володин Н.Н. Особенности иммунологической адаптации у новорожденных детей в норме, при респираторном дистресс синдроме и при пневмонии бактериальной этиологии. / Н.Н. Володин, М.В.Дегтярева, Д.Н. Дегтярев и др. // Int J Immunorehabilitation - 2011. - №11 - Стр.82-89.

35. Владимирова Е.Ю. Состояние центральной нервной системы новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, по данным электроэнцефалографии. / Смирнова Е.Е. //2016; Стр. 55.

36. Володин Н. Н., Рогаткин С. О. Современные подходы к комплексной терапии перинатальных поражений ЦНС у новорожденных. Фарматека. 2014. Стр.1.

37. Володин Н.Н. Основные причины желтуха у новорожденных детей и принципы дифференциальной диагностики. /Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н. // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. -2014. -№5.Стр.18–23.

38. Володин Н.Н. Практические вопросы профилактической перинатологии в российской Федерации. Рос. вест. перинатологии и педиатрии. - 2013. - №4 - Стр. 47.18.

39. Гулямова.М.А., Рахманкулова З.Ж., Ходжиметова Ш.Х. Частота встречаемости сопутствующих патологии у недоношенных новорожденных родившихся путём кесарева сечения. “Мустахам оила йили»га багишланган.Тошкент педиатрия тиббиёт институти магистратура резидентлари ва клиник ординаторларнинг 10 илмий амалий анжумани тезислар туплами. Ташкент. 2012 й.129 стр.

40. Гулямова М.А., Ходжиметова Ш. Х, Кулмирзаева Д Ш. Показатели нейросонографии (нsg) у новорожденных детей, родившихся путем кесарева сечения (кc) в зависимости от влияния различных видов анестезиологических пособий. Материалы IV Национального конгресса с международным участием «Здоровые дети — будущее страны» 28 октября 2020. Сан- Петербург. Научно-практический медицинский журнал Детская медицина Северо-Запада т.8.№1.2020г.стр133

41. Гогиашвили Д-Ш. Влияние операции кесарева сечения на функциональное состояние новорожденных // Профилактика и лечение перинатальной патологии. Сборник научных работ. - Тбилиси. - 2008. С.128-134.

42. Горбачева А.В. Ближайшие и отдаленные результаты повторного кесарева сечения. Автореферат, 2018 г.// ГРНТИ/. Стр. 29.48. 76.

43. Гребенников В.А. Респираторный дистресс-синдром у новорожденных. /Миленин О.Б., Рюмина И.И.//2015. Стр.136.

44. Дементьева Г. М. Лекарственная терапия при первичной реанимации новорожденных: руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии. /Рюмина И. И. //Неонатология. М.: Медпрактика-М, 2014. Стр. 21–23.

45. Довлатов Д. Обеспечивая верховенство закона\ Uzbekistan today №2 (541) 12 января 2017 года. Стр.1

46. Голота В.Я., Лялькина А.И. Кесарево сечение при преждевременных родах (Обзор) // Журнал Акушерство и гинекология. - 2017. - №2. - С.6-8.

47. Дементьева Г.М., Вельтищев Ю.Е.. Профилактика нарушений адаптации и болезней, новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии. Приложение. - Москва, 2018. - С. 45-47. 97

48. Дементьева Г.М. Профилактическая и превентивная неонатология. Низкая масса тела при рождении. Гипоксия плода и новорожденного // Российский вестник перинатологии и педиатрии. Приложение. - Москва, 2009.-С. 5-9. Дементьева Г.М., Козлова А.Е., Нисан Л.Г. Оценка физического развития новорожденных // Методические рекомендации. - Москва, 2017.

49. Дуда И.В., Вавилова Л.В., Киселева З.М. Современная тактика ведения преждевременных родов // Журнал здравоохранение Белоруси. - 2014. - С. 50-53.

50. Елена Н. Е. Рожденных с помощью кесарева сечения. 2010.Стр.207.
51. Ерназарова Б.Ж., Ходжиметова Ш.Х. Адаптация новорожденных, извлеченных при операциях кесарево сечения. «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» Ёш олимларнинг «XXI – аср – интеллектуал авлод асри» республика илмий-амалий анжумани. Тошкент - 2015. 75 – бет.
52. Ерназарова Б.Ж., Ходжиметова Ш.Х. Адаптация новорожденных, извлечённых при операциях кесарева сечения с рубцом на матке. “Соғлом она ва бола йилига багишланган “ Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари республика илмий-амалий анжумани. Тезислар туплами. Ташкент. 14 апрель. 2016 й. 135 бет.
53. Ерназарова Б.Ж., Ходжиметова Ш.Х. Частота встречаемости 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». Киров. 13-15 апрел. 2016 й. 21-22 бетлар.
54. Ерназарова Б.Ж., Турсунбаева Ф. Ф., Убайдуллаева С. И. Перинатальная патология новорожденных, родившихся от матерей с рубцом на матке. Журнал “Молодой ученый.” №23 (127) январь. 2016 й. 133 -136 бетлар
55. 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. Молодой учёный Международный научный журнал выходит еженедельно № 10 (144) / 2017 стр130.
56. Ерназарова Б.Ж. Клинические проявления неврологических расстройств у новорожденных детей, рожденных от матерей с рубцом на матке. “Педиатрия соҳасида ёш олимларнинг ютуқлари” республика илмий-амалий анжумани тезислар тўплами II – қисмТошкент, 18 апрел, 2017.
57. Ериг К. Применение фототерапии в комплексном лечении неонатальных желтух. / Ериг Г. Мейсель К.П., Басис В.Ю. // Педиатрия. -2010. - №1. -Стр. 26.
58. Зябликова Р.В. Оценка развития детей, рожденных с помощью кесарева сечения. 2014. Стр.49.

59. Зияходжаева Н.А. Клинико – нейрофизиологические особенности гипоксическо- ишемических поражений головного мозга у недоношенных новорожденных детей. Сборник тезисов молодых учёных и студентов “Медицинские этюды”. Нижний Новгород, Россия. 16-17 март. 2016 й.

60. Ефимова Е.А., Шакурова Т.К., Яшина Н.Л. Активность дегидрогеназ лимфоцитов новорожденных детей в оценке тяжести гипоксических состояний // Синдром дыхательных расстройств у новорожденных. - М., 2012.-С. 51-54.

61. Ипполитова Л.И. Адаптивные возможности новорожденных, родившихся путем операции кесаревым сечения. /Журнал Педиатрия.2015. Стр. 35.

62. 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.

63. Исмаилова М.А., Амизян Н.М., Рахманкулова З.Ж. Влияние способов родоразрешения на развитие детей на первом полугодии жизни. «Актуальные вопросы неонатологии и совершенствование медицинской помощи новорожденным в амбулаторных и стационарных условиях». Материалы Республиканской научно-практической конференции. Ташкент. 2011 й. 54-55 бетлар.

64. 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. 2016г. Стр. 50.

65. Кудашов Н.И. Неврологические проявления при герпес-вирусной инфекции у новорождённых /Озерова О.Е., Орловская И.В // Ж. педиатрия.-2017.-№5. Стр.42–45.

66. Кудашов Н.И. О клинике и диагностике герпетических повреждений мозга у новорождённых детей /Орловская И.В.// Ж. Нейродиагностика и высокие медицинские технологии. - 2016. - №2. - Стр. 43–46.

67. Кулаков В.И. «Кесарево сечение». // Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. 2-е изд., перераб., испр. и доп.-М.:Триада-Х./2014.Стр.320.

68. Кульков А.Р. Кесарево сечение и перинатальной медицине. / Щерблякин А.А.// Журнал Педиатрия. 2015. Стр.35.

69. Кулмирзаева Д.Ш. Кобилжанова Ш.Р Клинические проявления неврологических расстройств у новорожденных детей, родившихся путем кесарево сечения в зависимости от различных видов анестезий.
70. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных. Методические рекомендации. М., - 2010.
71. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е. Кесарево сечение. - Киев, 2013. -268 с.
72. Краснопольский В.И. Кесарево сечение. - М., 2017. - 286 с.
73. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. - М., 2012. - 176 с.
74. Кулаков В.И., Сидельникова В.М., Чернуха Е.А. Акушерская тактика ведения преждевременных родов // Медицинская газета. - №10. - 2013.
74. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. - М., 2018.- 192 с.
75. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. - М., 2014. - 320 с.
76. Ланцев Е.А., Кесарево сечение и перинатальной медицине. //СПб.: ЭЛБИ СПб., /2015.Стр.35.
77. 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
78. Любименко В. «Асфиксия новорожденных» / А., Пальчик А. Б., Ярославский В. К.// М.: Медпресс-информ, 2013.Стр.74.
79. Мавлонходжаев Р.Ш. «Адаптивные возможности новорожденных, родившихся путем операции кесарево сечения, в зависимости от вида анестезия. 2008. Стр.41.
80. 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.
81. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований // М. - Медицина, 2019. - С. 144.

82. Нарциссов Р.П. Цитохимия ферментов лейкоцитов в педиатрии // Автореф. дисс. д.м.н. - М.: - 2018. 98
83. Народное слово 2017, №2 Стр.1-2
84. 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 -2018. № 2. Стр.108-110.
85. Озерец И.А., Инденбаум Е.Д., Войцеховская Л.П. Кесарево сечение и преждевременные роды: исход для матери и плода // Невынашивание беременности. - М., 2019. - С. 59-64.
86. Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери. Резервы снижения. /Юрасова Е.А., Бутко Т.М.// М.: Литера, 2008. Стр. 77.
87. Реен К.Л. Кесарево сечение и перинатальной медицине. 2016. Стр-39.
88. Рахматулаева Г., Ходжиметова Ш.Х. Особенности неврологической симптоматики у обследуемых новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы (ППЦНС) с врожденными пороками сердца (ВПС). Ёш олимларнинг “Соғлом бола йили”габагишланган “XXI АСР – интеллектуал авлод АСРИ” шиори остидаги “тиббийетнинг долзарб муаммолари” мавсудаги илмий-амалий анжумани тезислар туплами. Тошкент. 2014 й.204 бет.
89. Робертон Н.Р.К. «Практическое руководство по неонатологии». - М.: Медицина, 2018.Стр. 90.
90. Рузметова Г.Б., Ходжиметова Ш.Х. Факторы риска, приводящие гемorragическому поражению ЦНС у новорожденных детей. «Тиббийетнинг долзарб муаммолари» Ёш олимларнинг «XXI – аср – интеллектуал авлод асри» республика илмий-амалий анжумани. Тошкент - 2015. 16 – бет.
91. Саидумарова Д.С., Кулмирзаева Д.Ш. Сравнительная характеристика среднесуточных значений АД и ЧСС у недоношенных новорожденных с ППЦНС, родившихся путем кесарева сечения. X Международная студенческая научная конференция “Студенческий научный форум-2018”
92. Савельева Г.М. Кесарево сечение и перинатальной медицине. 2018.Стр.71.

93. Самсыгина Г.А. Здоровье плода и новорожденного: современное состояние и прогноз. /Дементьева Г.М., Талалаев А.Г. // Педиатрия. -2019. -№ 5.- Стр. 4–6.
94. Саломова, Ф., Садуллаева, Х., & Кобилжонова, Ш. (2022). Гигиеническая оценка риска развития аллергических заболеваний кожи у детского населения. *Актуальные вопросы профилактики стоматологических заболеваний и детской стоматологии*, 1(01), 88-91.
95. Саломова, Ф. И., Садуллаева, Х. А., Миррахимова, М. Х., Кобилжонова, Ш. Р., & Абатова, Н. П. (2023). Загрязнение окружающей среды и состояние здоровья населения.
96. Миррахимова, М. Х., Садуллаева, Х. А., & Кобилжонова, Ш. Р. (2022). *Значение экологических факторов при бронхиальной астме у детей* (Doctoral dissertation, Россия).
97. Salomova, F. I., Sadullaeva, H. A., Abdullaeva, D. G., & Kobilzhonova Sh, R. (2022). PREVALENCE AND RISK FACTORS OF ALLERGIC DISEASES IN CHILDREN IN HOT CLIMATIC CONDITIONS.
98. Сичинова Л.Г. Перинатальные гипоксические поражения центральной нервной системы плода и новорожденного: Дис.д-ра мед. наук. – М., 2013. Стр.102.
99. Смирнова Е.Е. Состояние центральной нервной системы новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, по данным электроэнцефалографии. 2016. Стр. 4-16.
100. Стрижаков А.Н. Беременность и роды после кесаревым сечением. /Давыдов А.И., Кузьмина Т.Е. // М.: ММА 2013. Стр.46- 62.
101. Сухих В.Т. Иммуитет и генитальный герпес. / Ванько Л.В., Кулаков В.И. // Н. Новгород: НГМА 2017. Стр.224.
102. Сушко Е.П. Неонатология. / Новикова В.И., Тупкова Л.М.//- Минск, 2018. Стр.47.
103. Пучко Т.К. Выбор способа родоразрешения при тазовом предлежании доношенного плода // Автореф. дисс. к.м.н. - М., - 2015.
104. Савельева Г.М. Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности // Журнал Вестник Российской Ассоциации авельева Г.М., Шалина Р.И.,

Керимова З.М., Калашников С.А., Панина Акушеров Гинекологов. - 2018.-№2. - С. 10-15.

105. СО.Б. Внутриутробная задержка развития плода. Ведение беременности и родов // Журнал Акушерство и Гинекология. - 2019. - №3. - С. 10-15.

106. Садаускас В.М., Балютавичене Д.А. Операция кесарева сечения в интересах плода // Журнал акушерство и гинекология. - 2019. - № 11. - С. 18-21.

107. Сборник Министерства Здравоохранения Российской Федерации. Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2019 году. - Москва. - 2019.

108. Сидельникова В.М. Тактика ведения преждевременных родов // Журнал Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2015. - № 4. - С. 19-25.

109. Сидорова И.С., Макаров И.О. Акушерские факторы гипоксических повреждений плода и тактика родоразрешения // Журнал Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2015. - № 2. - С. 25-31.

110. Слепых А.С. Абдоминальное родоразрешение. - М., 2016. - 192 с.

111. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. - М., 2018.

112. Тухтаева У. Д., Ерназарова Б. Ж., Ходжиметов Х. А. Нарушение микрофлоры кишечника новорожденных детей, извлеченных путем кесарева сечения. Молодой учёный Международный научный журнал Выходит еженедельно № 10 (144) / 2017 стр123 -126

113. Турсунбаева Ф.Ф. Ерназарова Б.Ж., Убайдуллаева С. И. Перинатальная патология новорожденных, родившихся от матерей с рубцом на матке. Международный научный журнал «Молодой ученый» №23, 2016 йил. 133-136 бетлар.

114. Турсунбаева Ф.Ф. Зияходжаева Н.А. Клинические проявления неврологических расстройств у новорожденных детей с гипоксически ишемическим перинатальным поражением ЦНС. Сборник тезисов XVIII съезда «Актуальные проблемы педиатрии» 17-19 февраля 2017 йил. 297 бетлар.

115. Турсунбаева Ф.Ф. Ходжиметова Ш.Х. Абдуллаева Д.Н. Показатели артериального давления у новорожденных детей, родившихся путем кесарева сечения. «Педиатрия» илмий-амалий журнал №1, 2017 йил 10-13 бетлар.

116. Турсунбаева Ф.Ф., Абдуллаева Д.И., Вахабова А.А. Перинатальное поражение нервной системы новорожденных детей, родившихся от матерей путем экстренной операции кесарева сечения. Международный научный журнал «Молодой ученый» Россия, 2018 йил, №14(200), 106-110 бетлар.

117. Хамадиянов У.Р., Галеев Э.М. Выбор рациональной тактики досрочного родоразрешения при ОПГ - гестозе средней степени тяжести, резистентном к терапии // Журнал Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов, - 2016. - №3. - С.56-58. 99

118. Ходжиметов Х.А., Ерназарова Б. Показатели суточного мониторинга артериального давления и пульса у новорожденных с ППЦНС, родившихся путем кесарева сечения. 2-ой Московский съезд педиатров Сборник тезисов. Москва 2016г 12 – 14 ноябрь. Стр 33

119. Ходжиметов Х.А., Абдуллаева Д.И., Кулмирзаева Д.Ш. Период адаптации новорожденных детей, родившихся от матерей путем кесарева сечения. Международный научный журнал «Молодой ученый» Россия, 2018 йил, №12(198), 66-69 бетлар.

120. Ходжиметова Ш.Х., Турсунбаева Ф.Ф. Клинико – диагностические особенности перинатальных гипоксически – ишемических поражений головного мозга у недоношенных новорожденных детей. Научно-практический журнал ПЕДИАТРИЯ № 3/2019 йил 44-49 бетлар.

121. Ходжиметова Ш.Х., Гулямова М.А., Турсунбаева Ф.Ф., Тухтаева У.Д. Перинатальные поражения нервной системы новорожденных, родившихся от матерей преэклампсией. Научно-практический журнал ПЕДИАТРИЯ № 2/2020 йил 18-23 бетлар.

122. Харатонова Н.А. Особенности психомоторного развития детей, перенесших критические состояния в раннем неонатальном периоде. /Коротаева Н.В., Лазуренко С.Б., Логвинова И.И., Бомбардинова Е.П.// Росс.Пед. Жур. -2009. -№4.Стр-21-22.

123. Цыбульская И.С. Влияние операции кесарева сечения на адаптацию новорожденных // Журнал Акушерство и гинекология. - 2018. - № 11. - С. 45-

124. Черданцева Г.А, Литвинова А.М., Зайнуллина Л.В., Ширяева Е.К. Эпидемиологические аспекты перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности недоношенных детей, родившихся в условиях перинатального центра // Пособие для врачей. Уральский Научно-Исследовательский институт охраны материнства и младенчества. - Екатеринбург, 2019. - 20 с.
125. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода. - М., 2019. - 136 с.
126. Чугунова О.Л., Яковлева СВ., Сухоруков В.С., Тозлиян Е.В., Клейменова Н.В., Казанцева И.А., Анастасевич Л.А., Булай А.И., Шумихина М. Активность митохондриальных ферментов у здоровых новорожденных // Материалы конгресса Современные технологии в педиатрии и детской хирургии. - М., 2013. - С. 212.
127. 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. – 2013. - №3. Стр.12-15.
128. Чернуха Е.А. Течение послеоперационного периода и периода адаптации новорожденных. Стр-57.2017г.
129. Шамансуров Ш.Ш., Саидазизова Ш.Х., Самадов Ф.Н. Перинатальная патология новорожденных, родившихся путем кесарева сечения\ Педиатрия 2012, №3-4, Стр.153-156
130. Шарапова О.В. Состояние и перспективы развития акушерской и неонатологической помощи в стране. Педиатрия. – 2013. - №1. –Стр.7–13.
131. Шищенко В.М. Клинико-цитохимические основы прогнозирования здоровья, роста и развития новорожденных и детей раннего возраста // Автореф. дисс. д.м.н. - М.: - 2018.
132. 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, 2009.
133. Яцык Г.В. Руководство по неонатологии. - М., 2018. - 400 с.

134. Agata Y., Hiraishi S., Misawa H., Han J.H., Oguchi K., Horiguchi Y., Fujino N., Takeda N., Padbury J.F. Hemodynamic adaptations at birth and neonates delivered vaginally and by cesarean section // *Biol-Neonate*. - 2011. - 68/6 - P. 404-411.
135. Alan H. Jobe. Postnatal corticosteroids for preterm Infants - do what we say, not what we do // *The New England Journal of Medicine*. -2014. - Vol. 350: - P. 1349-1351. 100
136. Alexander J.M., Bloom S.L., McIntire D.D., Leveno K.J. Severe preeclampsia and the very low birth weight infant: is induction of labor harmful? // *Obstet. Gynecol.* - 2012. Vol. 93 №4. - P. 485-8.
137. Amin S.B., Sinkin R.A., McDermott M.P., Kendig J.W. Lipid intolerance in neonates receiving dexamethasone for bronchopulmonary dysplasia // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* - 2019. - 153. - P. 795-800.
138. Andr'e M., Boutroy J.L., Debrulle C, Djoffon J.J. Premature infants delivered by cesarean section before the 32d week of pregnancy // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. - 2008. - Vol. 15 - №7. - P. 929-36.
139. Andre P., Thebaud B., Odievre M.H., Razafimahefa H., Zupan V., Dehan M. et al. Methyl prednisolone, an alternative to dexamethasone in very premature infants at risk for chronic lung disease // *Intensive Care Med.* - 2009. - Vol. 26. P. 1496-500.
140. Annibale D.J., Hulsey T.C., Wagner C.L., Southgate W.M. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* - 2015. - Vol. 149. - №8. - P. 862-867.
141. Anteby I.I., Anteby E.Y., Chen B., Hamvas A., McAlister W., Tychsen L. Retinal and intraventricular cerebral hemorrhages in the preterm infant born at or before 30 weeks' gestation // *J. AAPOS* - 2011.- Vol. 5 - №2. P. 90-4.
142. Baud. Postnatal steroid treatment and brain development // *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed.* - 2014. - Vol. 89. - P. 96-100.
143. Bauer J., Hentschel R., Zahradnik H., Karck U., Linderkamp O. Vaginal delivery and neonatal outcome in extremely-low-birth-weight infants below 26 weeks of gestational age // *Am. J. Perinatol.* - 2013. - Vol. 20. - №4. - P. 181-8.

144. Bartlett D.J., Okun N.B., Byrne P.J., Watt J.M., Piper M.C. Early motor development of breech- and cephalic-presenting infants // *Obstet. Gynecol.* - 2015. - Vol. 95. - № 3. - P. 425-32. V/ 101
145. Berry M.A., Abrahamowicz M., Usher R.H. Factors associated with growth of extremely premature infants during initial hospitalization // *Pediatrics.* - 2017. - Vol. 100.-P. 640-6.
146. Bird J.A., Spenser J.A.D., Mould T., Symonds M.E. Endocrine and metabolic adaptation following caesarean section or vaginal delivery // *Arch-Dis-Child.* - 2016. - Vol. 74. - №2 - P. 132-134.
147. Bosche C, Genzel-Boroviczeny O., Hepp H., Knitza R., Versmold H., Roos R. Mortality, mode delivery, pneumothorax and intracranial hemorrhage in 859 extremely premature newborn infants // *Geburtshilfe Frauenheilkd.* - 2008. - Vol. 56. - №6. - P. 322-7.
148. Brendan P. Murphy, Terrie E. Inder, Petra S. Huppi, Simon Warfield, Gary P. Zientara, Ron Kikinis, Ferenc A. Jolesz, Joseph J. Volpe. Impaired cerebral cortical gray matter growth after treatment with dexamethasone // *J. Pediatrics.* -2011.-Vol. 107.-P. 217-221.
149. Brown L., Karrison T., Cibils L.A. Mode delivery and perinatal results in breech presentation // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 2014. - Vol. 171. - №1. - P. 28-34.
150. Burrin D.G., Wester T.J., Davis T.A., Fiorotto M.L., Chang X.Y. Dexamethasone inhibits small intestinal growth via increased protein catabolism in neonatal pigs // *Am. J. Physiol. Endocr. Metab.* - 2009. - Vol. 39. - P. 269-277.
151. Cibils L.A., Karrison T., Brown L. Factors influencing neonatal outcomes in the very-low-birth-weight fetus (<1500 grams) with a breech presentation // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 2014. - Vol. 171. - №1. - P. 35-42.
152. Corzo - Pineda J.A., Jurado - Hernandez V.H., Acosta - Rosales A. Perinatal risk factors and correlation with the incidence of early peri-and intraventricular hemorrhage in neonates with a birthweight under 1500g // *Ginecol. Obstet. Mex.* - 2017. - Vol. 65. - P. 465-9. 102

153. 150. Curet L.B., Zachman R.D., Rao A.V., Poole W.K., Morrison J., Burkett G. Effect of mode of delivery on incidence of respiratory distress syndrome // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* - 2018. - Vol. 27. - №2. - P. 165-70.
154. Dietl J., Arnold H., Haas G., Mentzel H., Pietsch - Breitfeld B., Hirsch H.A. Delivery of very premature infants: does the caesarean section rate relate to mortality, morbidity, or long - term outcome? // *Arch. Gynecol. Obstet.* - 2011. Vol. 249 - №4. - P. 191-200.
155. Dunin-Wasowicz D., Rowecka-Trzebicka K., Milewska-Bobula B., KassurSiemienska B., Bauer A., Idzik M., Lipka B., Marcinski P. Risk factors for cerebral palsy in very low-birthweight infants in the 1980s and 1990s. // *J. Child. Neurol.* - 2010. - Vol. 15. - №6. - P. 417-20.
156. Enkin M.W., Keirse M.J., Renfrew M.J., Neilson J.P. Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis // *Birth.* - 2015. - Vol. 22. - №2. - P. 101-110.
157. Erkkola R., Kero P. Impact on prematurity on perinatal mortality and morbidity. // *Ann Med* - 2011. - Vol. 23. - P. 663-669.
158. Faxelius G., Bremme K., Lagercrantz H., Source. An old problem revisited - hyaline membrane disease and Cesarean section // *Eur. J. Pediatr.* - 2012. - Vol. 139.-№2.-P. 121-4.
159. Feige A., Douros A. Mortality and morbidity of small premature infants (<1500g) in relation to presentation and delivery mode // *Z. Geburtshilfe Neonatol.* - 2016. - Vol. 200. - №2. - P. 50-5.
160. Fitzhardinge P.M., Eisen A., Lej'tenyi C, Metrakos K., Ramsay M. Sequelae of early steroid administration to the newborn infant // *Pediatrics.* - 2014. - Vol. 53. - P. 877-83. 103
161. Friedman S.A., Schiff E., Kao L., Sibai B.M. Neonatal outcome after preterm delivery for preeclampsia // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 2016. - Vol. 174. - №3. - P. 1080-1.
162. Georgeson G.D., Szony B.J., Streitman K., Varga I.S., Kovacs A., Kovacs L., Laszlo A. Antioxidant enzyme activities are decreased in preterm infants and - in neonates born via caesarean section // *Eur. J. Obstet .Gynecol. Reprod. Biol.* 2012. - Vol. 103. - №2. - P. 136-9.

163. Gifford D.S., Morton S.C., Fiske M., Kahn K. A meta-analysis of infant outcomes after breech delivery // *Obstet-Gynecol.* - 2015. - Vol. 85. - №6. - P. 1047-1054.
164. Gilady Y., Battino S., Reich D., Gilad G., Shalev E. Delivery of the very low birthweight breech: What is the best way for the baby? // *Isr-J-Med_Sci.* - 2016. - Vol. 32. - №2 - P.116-120.
165. Gravenhorst J.B., Schreuder A.M., Veen S., Brand R., Verloove-Vanhorick S.P., Verweij R.A., van Zeben-van der Aa D.M Breech delivery in very preterm and very low birthweight infants in The Netherlands // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* - 2013. - Vol. 100. - №5. - P. 411-5.
166. Hack M., Wright L., Shankaran S., Tyson J., Horbar J., Bauer C, Younes N. Very-low-birth-weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Net-work, November 1989 to October 1990 // *Am J Obstet Gynecol* - 2015 - Vol. 172. - P. 457-464.
167. Halliday H. Clinical trials of postnatal corticosteroids: Inhaled and systemic // *Biol. Neonate.* - 2019. - Vol. 76. - (Suppl 1). - P. 29-40.
168. Halliday H.L., Ehrenkranz R.A., Doyle L.W. Early postnatal (< 96 hours) corticosteroids for preventing chronic lung disease in preterm infants // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2013. - (1):CD001146.
169. Halliday H.L., Ehrenkranz R.A., Doyle L.W. Moderately early (7-14 days) postnatal corticosteroids for preventing chronic lung disease in preterm infants// *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2013. - (1):CD001144. 104
170. Halliday H.L., Ehrenkranz R.A., Doyle L.W. Delayed (>3 weeks) postnatal corticosteroids for preventing chronic lung disease in preterm infants. *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2013. - (1):CD001145.
171. Hannah M.E., Hannah W.J., Hodnett E.D., Chalmers B., Kung R. Willan A., Amankwah K., Cheng M., Helewa M., Hewson S., Saigal S., Whyte H., Gafni Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial // *JAMA.* – 2012. - Vol. 287. - № 14. - P. 1822-31.

172. Herbst A., Thorngren-Jerneck K. Mode of delivery in breech presentation at term: increased neonatal morbidity with vaginal delivery // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* - 2011. - Vol. 80. - №8. - P. 731-7.
173. Hofmeyr G.J., Hannah M.E. Planned Caesarean section for term breech delivery // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2011. - (1).
174. Ismail M.A., Nagib N., Ismail T., Cibils L.A. Comparison of vaginal and cesarean section delivery for fetus in breech presentation // *J. Perinat. Med.* -2014. - Vol. 27. №5. - P. 339-51.
175. Jain L., Ferre C, Vidyasagar D. Cesarean delivery of the breech very-lowbirth-weight infant: does it make a difference? // *J. Matern. Fetal. Med.* - 2015. -Vol. 7.- №1.- P. 28-31.
176. John J. Morrison., Janet M. Rennie., Peter J. Milton. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section // *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* - 2015. - Vol. 102. - P. 101-106.
177. Joint statement with American Academy of Pediatrics. Postnatal corticosteroids to treat or prevent chronic lung disease in preterm infants // *Paediatr. Child Health.* - 2012. - Vol. 7. - №1. - P. 20-28.
178. Kaplan B., Rabinerson D., Hirsch M., Mashiach R., Hod M., Neri A. Intrapartum management of the low-birth-weight breech fetus // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* - 2015. - Vol. 22. - № 4. - P. 307-11. 105
179. Karen Stewart-Hall. An analysis of risk factors associated with high rates of cesarean births in three selected northeast Tennessee hospitals // A Thesis the Department of Public and Allied Health East Tennessee State University. In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Public Health. - 2016.