

УДК 616-053.31-056.2:618.5-089.888.61

© Т. М. Клименко, Ю. В. Сороколат, К. О. Голюк, 2013.

ДО ПИТАННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЯКІ НАРОДИЛИСЬ ШЛЯХОМ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ

Т. М. Клименко, Ю. В. Сороколат, К. О. Голюк*Кафедра неонатології (зав. – професор Т. М. Клименко), Харківська медична академія післядипломної освіти; 61176, Україна, м. Харків, вул. Корчагінців, 58; E-mail: klimenko.t@inbox.ru*

THE ISSUE OF HEALTH STATE OF NEWBORNS DELIVERED BY CAESAREAN SECTION T. M. Klimentko, Y. V. Sorokolat, K. O. Golyuk

SUMMARY

Recently the number of indications for caesarean section has increased, resulting in a more frequent abdominal delivery. This substantiates the actuality of the problem of managing neonates born by caesarean section, their reanimation and intensive care of them. The peculiarities of the health state of newborns after caesarean section delivery are discussed in the review. This review considers the literature data regarding the health state of newborns after caesarean section delivery. These data are ambiguous, perhaps due to insufficient compatibility of the groups of neonates being compared in each separate research of different authors investigating the prenatal and intranatal factors. The actuality of the health state problem of newborns delivered by caesarean section and insufficient data on this issue require urgent creation of effective monitoring in children delivered by caesarean section perinatal morbidity.

К ВОПРОСУ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Т. М. Клименко, Ю. В. Сороколат, К. О. Голюк

РЕЗЮМЕ

Расширение в последнее время показаний к проведению операции кесарева сечения привело к повышению частоты абдоминального родоразрешения. Это обосновывает актуальность проблемы ведения соответствующих новорожденных, их реанимации и интенсивной терапии. В данной обзорной статье обсуждаются особенности состояния здоровья новорожденных после кесарева сечения. Выявлена противоречивость литературных данных в отношении этого вопроса, что может объясняться недостаточной сопоставимостью сравниваемых групп новорожденных в каждом отдельном исследовании различных авторов по пренатальным и интранатальным факторам. Злободневность проблемы состояния здоровья данного контингента детей, недостаточность литературных данных обосновывают актуальность организации эффективного мониторинга перинатальной заболеваемости у детей, родившихся путем кесарева сечения.

Ключові слова: новонароджені, кесарів розтин, стан здоров'я.

В останні роки інтерес дослідників до проблеми стану здоров'я дитини після народження шляхом операції кесарева розтину пояснюється зміною акушерської стратегії і розширенням показань до оперативного розродження [3, 15, 27]. Щорічне зростання частоти кесарева розтину відбувається приблизно на 1% [6, 8]. Операція кесарів розтин є найпоширенішою в акушерстві [3]. Частота кесаревого розтину не має тенденції до зниження і складає, за даними різних авторів, від 11% до 29%, досягаючи 40% у стаціонарах, що є колекторами акушерської патології [15, 27]. Це зумовлено розширенням показань до абдомінального розродження як в інтересах матері, так і в інтересах плода. Одним з важливих чинників зростання частоти кесаревого розтину в останні два десятиріччя є проведення операції в інтересах плода, про що свідчить обернений зв'язок між частотою кесаревого розтину і перинатальною смертністю [2, 11, 13, 19]. В теперішній час ні в кого не викликає сумнівів роль кесаревого розтину в зниженні пе-

ринатальної смертності і дещо менше – малюкової захворюваності [16].

У ряді випадків екстрагенітальні хвороби вагітної, ускладнення, що важко перебігають, захворювання і затримка розвитку плода диктують необхідність вчасно закінчити вагітність і забезпечити подальший розвиток та догляд новонародженого. Сучасні технології дозволяють зберегти життя глибоконедоношеним дітям, ліквідувати прояви внутрішньоутробної інфекції та аутоімунної патології. В таких випадках кесарів розтин стає основним методом швидкого та дбайливого закінчення вагітності.

З приводу операції кесаревого розтину тривалий час ведуться суперечки. Деякі захоплені фахівці вважають можливим всі реальні та уявні труднощі пологового акту подолати за допомогою кесаревого розтину. Інші переконані в мінімальних можливостях оперативного розродження. Показання до кесаревого розтину традиційно прийнято ділити на абсолютні та відносні. До абсолютних показань належать

ускладнення вагітності та пологів, при яких інший спосіб розродження становить смертельну небезпеку для матері. Тому кесарів розтин за абсолютними показаннями можна виконувати без урахування всіх необхідних умов і протипоказань. До абсолютних показань належать абсолютно вузький таз, пухлини і рубцеві звуження, що перешкоджають народженню плода, повне передлежання плаценти, передчасне відшарування плаценти при непідготовлених пологових шляхах, ознаки початку розриву матки. Відносні показання до кесаревого розтину виникають при клінічних ситуаціях, коли не виключена можливість розродження через природні родові шляхи, але з високим ризиком перинатальної смертності та загрозою здоров'ю або життю матері. Умовно відносні показання поділяються на дві групи: показання до операції з боку матері і показання до операції з боку плоду. До першої групи відносять: стійку слабкість пологової діяльності, що не піддається лікуванню, клінічно вузький таз, загрозливий розрив матки, в тому числі неспроможність рубця на матці після попередніх операцій, важкий гестоз за відсутності ефекту від лікування або його ускладнення (відшарування сітківки, загроза крововиливу в мозок, гостра печінкова недостатність тощо), кровотечу при неповному передлежанні плаценти і непідготовлених родових шляхах, перенесені в минулому операції з приводу сечостатевих і кишково-статевих нориць, екстрагенітальні захворювання у важкій стадії розвитку, важкі травми тощо. До другої групи відносять початкову асфіксію плоду, виражений синдром затримки розвитку плоду, тазове передлежання, поперечне положення плоду, недоношену або перенесену вагітність, обтяжений акушерський анамнез (безпліддя, звичне невиношування вагітності, мертвонародження) [6, 16]. Далеко не повне перерахування показань до кесаревого розтину свідчить про важливе значення цієї операції в перинатальному акушерстві. Можливість у потрібний час закінчити вагітність без значних збитків для здоров'я матері і дитини дозволяє зберегти не тільки життя, але і попередити можливе травмування дитини (шкірні пошкодження, перелом стегна, перелом кісток черепа, кефалогематома тощо) [14].

Запровадження сучасних технологій у перинатальній медицині істотно змінюють ситуацію. Згідно аналізу діяльності перинатальних центрів, виявлено невинне збільшення питомої ваги недоношених дітей – до 16%, захворюваність новонароджених на рівні 15% зі зниженням в структурі захворюваності частки новонароджених, що перенесли асфіксію. Більш ніж трикратний ріст природжених пневмопатій пов'язують зі збільшенням кількості недоношених дітей. Раціональне і дбайливе розродження, адекватна первинна реанімація у пологовій залі, наступний догляд за новонародженими від матерів з діагностованими внутрішньоутробними порушен-

нями плоду різної виразності асоціюються зі зниженням питомої ваги новонароджених з перинатальним ураженням центральної нервової системи. При цьому частота сепсису, родової травми, кефалогематоми змінюється мало [2, 11, 15].

Однак зрозуміло, що підвищення частоти кесаревого розтину не можна вирішити проблему перинатальної захворюваності. На особливу увагу заслуговує питання кесаревого розтину при недоношеній вагітності. При терміні вагітності до 34 тижнів кесарів розтин не є операцією вибору, і її виконують в основному за екстремними показаннями з боку матері [28]. Для плода при термінах вагітності 26-32 тижні і масі плоду до 1500 г, коли надзвичайно важливим є дбайливе розродження, має значення характер розрізу на матці. Сьогодні з'явилися нові показання до операції, частота яких досить висока (11%) – це індукована вагітність після екстракорпорального запліднення [10].

Можливості новітніх методів кесаревого розтину сприяють поліпшенню умов вилучення плоду, а, отже, зменшенню його травматизму, знижують ризик ускладнень з боку матері.

Щодо особливостей стану новонароджених, що народилися шляхом операції кесарева розтину, літературні відомості є вельми розбіжними [4]. Одні автори підкреслюють відсутність істотних відмінностей у метаболічному статусі відносно дітей, народжених природним шляхом [18, 20], інші дослідники доповідають про діаметрально протилежні відомості [24]. Так, обстеження 1540 здорових доношених дітей показало, що діти, які народилися шляхом операції кесарева розтину, мали значимо нижчі рівні глюкози крові у перші чотири години життя порівняно з дітьми, які народилися вагінально [24]. Деякі автори підкреслюють певні особливості постнатальної адаптації та вигодовування дітей, народжених шляхом операції кесарева розтину. При переході до позаутробного існування новонароджений підлягає дії численних факторів, пов'язаних з новим середовищем існування. Від можливості організму дитини адаптуватися до нових умов залежить перебіг неонатального періоду [22, 30]. Вагінальні пологи є природною стресовою ситуацією для матері й плоду. Під час пологів на плід впливають різноманітні механічні та метаболічні фактори, на що він відповідає потужним викидом так званих гормонів стресу (адреналіну, норадреналіну, дофаміну, кортикотропіну, кортизолу), які дозволяють йому легше перенести процес адаптації до позаутробного життя [17].

На думку багатьох авторів [1, 7, 12, 25], діти, народжені шляхом кесарева розтину, істотно відрізняються від тих, хто народився через природні шляхи, і потребують пильної уваги. У більшій мірі це відноситься до дітей, що не зазнали впливу регулярної пологової діяльності. Стан дітей, народжених за допомогою кесарева розтину до початку пологової

діяльності, обумовлений такими особливостями, як відсутність скорочувальної діяльності матки і впливом методу знеболювання на здатність організму дитини до адаптації. Згідно літературним відомостям, при кесаревому розтині, проведеному до початку пологової діяльності, адаптація новонароджених відбувається тяжче, ніж при природних пологах і кесаревому розтині, проведеному у першому періоді пологів [21]. У цих дітей відмічають низьку збудливість ретикулярної формації мозку, що є причиною гальмування реалізації першого вдиху [31]. Ранній період їх адаптації характеризується напруженням функції багатьох систем організму [9].

Спостереження показали, що гормони стресу сприяють активації сурфактантної системи легенів, мобілізують енергетичні ресурси, імунну систему, забезпечують кровопостачання серця і головного мозку в перші хвилини життя новонародженого [29].

У дітей, народжених шляхом кесарева розтину під загальною анестезією, рівень тиреотропного гормону був нижчим, ніж у новонароджених після природних пологів, що автори пояснюють відсутністю активації гіпофізарно-тиреоїдної системи плоду [26].

Особливе місце в клінічних наслідках кесарева розтину займає анестезіологічне забезпечення. До теперішнього часу не визначено вид знеболювання, який би відповідав усім вимогам що пред'являються до анестезії при абдомінальному розродженні. При цьому будь-який спосіб знеболювання чинить вплив на плід [5, 13, 21]. Аналіз, проведений за результатами обстеження 1337 новонароджених після кесарева розтину, проведеного до початку і в процесі пологової діяльності із застосуванням комбінованого ендотрахеального наркозу і регіонарних методів знеболювання при доношеній вагітності, дозволив виявити, що період ранньої неонатальної адаптації у цих дітей перебігає менш сприятливо у порівнянні з контрольною групою немовлят, народжених природним шляхом [5]. Встановлено частіший розвиток синдрому пригнічень центральної нервової системи, дихальні порушення, більш пізнє відновлення первинного зниження маси тіла. Відмічено зниження темпів становлення лактації, більший відсоток гіпогалактій у матерів і, як наслідок, високий ризик штучного вигодовування новонароджених.

Про вірогідно частіше виявлення бронхолегеневої дисплазії у новонароджених шляхом кесарева розтину повідомляють і інші автори [9], хоча не всі дослідники з цим згодні [23].

На нашу думку, не виключено, що вищенаведена суперечливість літературних відомостей про стан новонароджених після кесарева розтину обумовлена неоднаковою співставлюваністю порівнюваних груп у кожному з досліджень за пренатальними та інтранатальними факторами, зокрема фоновими акушерсько-гінекологічними та екстрагенітальними захворюваннями у матерів.

Таким чином, нагальність проблеми стану здоров'я дітей періоду новонародженості після операції кесарева розтину, недостатня вивченість клініко-патологічних аспектів цього питання обумовлюють актуальність та доцільність організації ефективного моніторингу перинатальної захворюваності дітей, що народились шляхом операції кесарева розтину.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Кесарево сечение в перинатальной медицине / Абрамченко В. В., Шамхалова И. А., Ланцев Е. А. – СПб. : ЭЛБИ, 2005. – 226 с.
2. Абрамян Р. А. Анализ структуры преждевременных родов и связанных с ними перинатальных потерь (2006-2010 гг.) / Р. А. Абрамян, В. Ф. Григорян // Неонатология, хирургия та перинатальна медицина. – 2011. – Т. 1, № 1. – С. 26–29.
3. Баранов И. И. Непрямые причины материнской смертности / И. И. Баранов, З. З. Токова // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 42. – С. 92–96.
4. Иванов Д. О. Нарушения обмена глюкозы у новорожденных / Д. О. Иванов // Детская медицина Северо-Запада. – 2011. – Т. 2, № 1. – С. 68–91.
5. Ипполитова Л. И. Особенности постнатальной адаптации и вскармливания детей, рожденных путем кесарева сечения / Л. И. Ипполитова, И. И. Логвинова, И. Н. Коротких // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2010. – № 3. – С. 84–86.
6. Коломийцева А. Г. Современные принципы ведения родов. Предупреждение агрессии в родах / А. Г. Коломийцева, Н. Я. Скрипченко // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15, № 2, ч. 2 (58). – С. 290–292.
7. Кулаков В. И. Кесарево сечение / Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. – М. : Триада-Х, 2004. – 320 с.
8. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве: реальность и перспективы / В. И. Краснопольский, Л. С. Логутова, В. А. Петрухин [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 1. – С. 4–8.
9. Особенности течения бронхолегочной дисплазии у детей на современном этапе / А. С. Сенаторова, О. Л. Логвинова, Л. Н. Черненко [и др.] // Здоровье ребенка. – 2011. – № 3. – С. 55–61.
10. Оценка влияния на выбор метода родоразрешения при индуцированной беременности факторов, связанных с причиной и длительностью бесплодия, возрастом пациенток и количеством выполненных процедур экстракорпорального оплодотворения / В. И. Краснопольский, М. В. Капустина, Л. И. Федосенко [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 2. – С. 44–48.
11. Пестрикова Т. Ю. Мониторинг основных показателей службы родовспоможения Дальневосточного Федерального округа (2007-

- 2009 гг.) / Т. Ю. Пестрикова // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 1. – С. 1–17.
12. Пестрикова Т. Ю. Перинатальные потери. Резервы снижения / Пестрикова Т. Ю., Юрасова Е. А., Бутко Т. М. – М.: Литтерра, 2008. – 208 с.
13. Турсунова Г. А. Влияние новых технологий на исходы родов и состояние здоровья новорожденных, рожденных в тазовом предлежании / Г. А. Турсунова, З. М. Ахтамова, Х. С. Некбаев // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2010. – Т. 12, № 1. – С. 34–37.
14. Чернуха Е. А. Травматические повреждения плода при кесаревом сечении и меры их профилактики / Е. А. Чернуха, Л. М. Комиссарова, Е. В. Ананьев // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 4. – С. 62–64.
15. Ядгарова К. Т. Анализ деятельности республиканского перинатального центра (Республика Узбекистан) за 2003-2010 гг. / К. Т. Ядгарова, А. С. Любчик // Перинатология и педиатрия. – 2011. – № 3 (47). – С. 28–33.
16. Abenhaim H. A. Effect of prior cesarean delivery on neonatal outcomes / H. A. Abenhaim, A. Benjamin // Journal Of Perinatal Medicine. – 2011. – Vol. 39, № 3. – P. 241–244.
17. Airway expression of the epithelial sodium channel α -subunit correlates with cortisol in term newborns / C. Janér, O. M. Pitkänen, O. Helve [et al.] // Pediatrics. – 2011. – Vol. 128, № 2. – P. 414–421.
18. Blood glucose levels in a population of healthy, breast fed, term infants of appropriate size for gestational age / E. Hoeseth, A. Joergensen, F. Ebbesen [et al.] // Arch. Dis. Child Fetal Neonatal Ed. – 2000. – Vol. 83, № 2. – P. 117–119.
19. Comparison of neonatal and maternal outcomes associated with head-pushing and head-pulling methods for impacted fetal head extraction during cesarean delivery / P. Bastani, S. Pourabolghasem, F. Abbasalizadeh [et al.] // International Journal Of Gynaecology And Obstetrics. – 2012. – Vol. 118, № 1. – P. 1–3.
20. Diwakar K. K. Plasma glucose levels in term infants who are appropriate size for gestation and exclusively breast fed / K. K. Diwakar, M. V. Sasidhar // Archives of Disease in Childhood. – 2002. – Vol. 87. – P. 46–48.
21. Effect of anesthesia on neurological status of newborns in abdominal delivery during early postnatal period / Iu. S. Aleksandrovich, O. V. Riazanova, E. A. Murieva [et al.] // Anesteziol. Reanimatol. – 2011. – № 1. – P. 15–18.
22. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions / F. C. Barros, Z. A. Bhutta, M. Batra [et al.] // BMC Pregnancy Childbirth. – 2010. – № 10, Suppl. 1. – P. 3.
23. Gortner L. Respiratory disorders in preterm and term neonates: an update on diagnostics and therapy / L. Gortner, E. Tutdibi // Z. Geburtshilfe Neonatol. – 2011. – Vol. 215, № 4. – P. 145–151.
24. Kayıran S. M. Screening of blood glucose levels in healthy neonates / S. M. Kayıran, B. Gürakan // Singapore Med. J. – 2010. – Vol. 51, № 11. – P. 835–853.
25. Late preterm infants – complications during the early period of adaptation / M. Baumert, L. Agnieszka, L. J. Krzych [et al.] // Ginekol Pol. – 2011. – Vol. 82, № 2. – P. 119–125.
26. Maternal and neonatal urinary iodine excretion and neonatal TSH in relation to use of antiseptic during caesarean section in an iodine sufficient area / H. Tahirović, A. Toromanović, S. Grbić [et al.] // J. Pediatr. Endocrinol. Metab. – 2009. – Vol. 22, № 12. – P. 1145–1149.
27. Maternal request: a reason for rising rates of cesarean section? / A. Kottmel, I. Hoesli, R. Traub [et al.] // Archives Of Gynecology And Obstetrics. – 2012. – Vol. 286, № 1. – P. 93–98.
28. Previous preterm cesarean delivery and risk of subsequent uterine rupture / A. C. Sciscione, M. B. Landon, K. J. Leveno [et al.] // Obstetrics And Gynecology. – 2008. – Vol. 111, № 3. – P. 648–653.
29. The effect of mode of delivery on T regulatory (Treg) cells of cord blood / A. Yildiran, E. Yurdakul, D. Guloglu [et al.] // Indian J. Pediatr. – 2011. – Vol. 78, № 10. – P. 1234–1238.
30. The health implications of birth by Caesarean section / M. J. Hyde, A. Mostyn, N. Modi [et al.] // Biol. Rev. Camb. Philos. Soc. – 2012. – Vol. 87, № 1. – P. 229–243.
31. Udy P. Emotional impact of cesareans / P. Udy // Midwifery Today Int. Midwife. – 2009. – № 89. – P. 12–13, 63–64.