

ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ

(По данным родильного дома № 1 г. Витебска)

Доцент Н. Ф. ЛЫЗИКОВ

Из кафедры акушерства и гинекологии
(зав. — доцент Н. Ф. Лызиков)

Улучшение условий труда и быта женщин, научно обоснованная государственная система охраны материнства и детства, успехи здравоохранения и родовспоможения в нашей стране привели к значительному снижению мертворождаемости. За 1959 год мертворождаемость по городам Советского Союза составляла 1,0%, а в сельской местности — 1,4% (О. К. Никончик). Процент мертворождаемости по данным различных отечественных авторов колеблется от 1,2% до 2,5% (Л. И. Бастанов — 1,2%, Л. Я. Синицына — 1,92%, Н. М. Горшков — 1,98%, А. А. Василькова — 2%, М. Н. Волох-Писаева — 2,43%).

Мы провели клинико-анатомический анализ мертворождаемости за 1957—1960 годы родильного дома № 1 г. Витебска. На 9864 родов было 215 (2,18%) мертворождений, при срочных родах — 1,79%, преждевременных — 9,03%. В районе деятельности женской консультации мертворождаемость составила — 1,82%. Гибель плода наступила антенатально в 19,07%, интранатально — в 57,67% и постнатально — в 23,26%. Гибель как доношенных, так и недоношенных плодов чаще наступала интранатально.

Значительной разницы в частоте мертворождаемости у первородящих (2,25%) и повторнородящих (2,12%) нами не отмечено. У первородящих чаще отмечается мертворождаемость при доношенной беременности (83,04%), а у повторнородящих — при преждевременных родах (27,19%). У первородящих 53,57% мертворождений приходится на

женщин в возрасте от 26 до 40 лет. Это обусловлено более частыми осложнениями беременности и родов у «пожилых» и «старых» первородящих.

Наименьшая мертворождаемость наблюдалась среди плодов с весом от 3000 г до 4000 г — 1,37%. Частота мертворождений возрастала по мере уменьшения веса от 3000 г и увеличения его более 4000 г. Процент мертворождений плодов с весом от 1000 до 2000 г увеличился до 16,66. Последнее можно связать с причинами и особенностями течения преждевременных родов, а также с недостаточной функциональной зрелостью и устойчивостью недоношенного ребенка.

В работе по анализу этиологических факторов гибели плода мы руководствовались систематикой причин мертворождаемости, предложенной Министерством здравоохранения СССР в 1917 году. При определении причины смерти плода нами использовались данные истории родов, патолого-анатомического исследования трупа и последа, а также выводы клинко-анатомической конференции. Патологоанатомическое исследование трупа произведено 211 (98,14%) мертворожденных, 127 (59,7%) последов этих плодов подвергнуты патогистологическому исследованию.

В результате клинко-анатомического анализа мертворождаемости, причина гибели 203 (94,42%) плодов нами установлена, в 12 (5,58%) случаях мертворождений причину смерти плода установить не смогли. Причины мертворождений исходили в 28,36% со стороны матери, в 33,5% — со стороны плода, в 32,56% со стороны плодного яйца. На первом месте среди этиологических факторов антенатальной смерти плода стоят причины, исходящие со стороны плода, а в случаях интранатальной гибели плода — причины, зависящие от матери.

Причинами антенатальной гибели 41 плода явились: у 8 плодов резус-конфликт, обвитие пуповины — у 8, уродства — 4, перенашивание беременности — 3, по одному плоду погибли от токсикоза второй половины беременности, многоплодия, предлежания плаценты, отслойки нормально расположенного детского места и острого отравления матери. В 10 случаях причину антенатальной смерти плода установить не удалось.

Наибольшее число мертворождений составляет интранатальная смерть плода — 124 (57,67%). В структуре причин интранатальной гибели плода узкий таз составляет

10,3%, слабость родовой деятельности — 9,68%, предлежание плаценты — 8,87%, выпадение пуповины — 8,06%, преждевременное отхождение вод — 7,26%, уродства и пороки развития — 7,26%, инфекция во время родов — 6,45%, поперечное и косое положение — 5,65%, преэклампсия и эклампсия — 5,64%, обвитие пуповины — 5,64%, спонтанная черепномозговая травма — 4,84%, неправильное вставление головки — 3,22%, разрыв матки — 2,42%, преждевременная отслойка плаценты — 2,42% и разрыв оболочечно расположенных сосудов — 2,42%.

Причинами постнатальной гибели 32 плодов явилась черепномозговая травма, 12 — асфиксия плода, 6 — несовместимые с жизнью уродства. По нашему мнению, систематика причин постнатальной мертворождаемости на интракраниальную травму, асфиксию и уродства, предложенная Министерством здравоохранения СССР, является не рациональной, т. к. она отражает не этиологию, а патогенез смерти плода. Поэтому мы считаем более целесообразным систематизировать причины постнатальной мертворождаемости так же, как и интранатальной. Это будет способствовать лучшему выявлению истинной причины гибели плода.

При таком анализе установлено, что причины 24 постнатальных мертворождений исходили со стороны плода: поперечное положение — 6 плодов, черепномозговая травма — 6, уродства — 6, тазовое предлежание — 5, неправильное вставление головки — 1. Второе место по частоте занимают причины, исходящие со стороны плодного яйца — 13 мертворождений: тугое обвитие пуповины — 7, преждевременное отхождение вод — 4, выпадение пуповины — 1, предлежание плаценты — 1. Причины 13 мертворождений в постнатальном периоде исходили со стороны матери: узкий таз — 3, преэклампсия и эклампсия — 3, слабость родовой деятельности — 2, инфекция во время родов — 2, другие причины — 3. На наш взгляд, такой анализ даёт большую возможность акушеру наметить конкретные профилактические мероприятия для снижения постнатальной гибели плода.

Для успешной профилактики мертворождаемости целесообразно проводить не только этиологический анализ мертворождений, но также изучение её с точки зрения устранения причины гибели плода. По предложению С. Л. Кейлипа, мы все причины мертворождений разделили на неус

транимые, условно неустранимые и устранимые. Установлено, что причины мертворождаемости, которые при современном состоянии наших знаний неустраняемы, составили 19,07%, в том числе: пороки развития, несовместимые с жизнью — 8,84%, тугое обвитие пуповины — 7,91%, обширные патологоанатомические изменения плаценты — 1,86%, истинный узел пуповины — 0,46%. Причины 69,77% мертворождений нами отнесены к условно неустраняемым; из них 30,7% составили причины, исходящие со стороны матери (заболевания матери — 13,95%, патология родового акта — 16,75%) и 39,07% причин исходило со стороны плодного яйца (аномалии плода — 16,75%, аномалии последа — 21,86%, многоплодие — 0,46%). Удельный вес устранимых причин составил 5,58% мертворождений. Устранимые причины обусловлены были недостаточной квалификацией врачей и средних медицинских работников, проводивших роды. Таким образом, при правильном ведении беременности и родов гибель плода в 5,58% могла быть устранена, в 69,77% мертворождаемость можно было снизить.

Правильное ведение беременности и родов является важнейшим фактором в профилактике мертворождаемости. От врача и среднего медицинского работника, наблюдающего за течением беременности и ведущего роды, нередко зависит здоровье и жизнь как матери, так и ребенка.
