

ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ

Доцент Н. Ф. ЛЫЗИКОВ

Из кафедры акушерства и гинекологии (и. о. заведующего — доцент Н. Ф. Лызиков) Витебского медицинского института

Мы провели клинико-анатомический анализ мертворождаемости за 1957—1960 гг. в родильном доме № 1, являющемся базой кафедры акушерства и гинекологии Витебского медицинского института.

Сведения о периоде наступления смерти плодов и доношенности их приведены в таблице 1.

Таблица 1

Роды	Общее количество родов	Количество мертворожденных	Мертворождаемость по периодам		
			антенатальный	интранатальный	постнатальный
Срочные	9344	168	26	98	44
Преждевременные . .	520	47	15	26	6
Всего	9864	215	41	124	50

Из таблицы видно, что мертворождаемость при преждевременных родах (9,03 проц.) более чем в 5 раз превышает мертворождаемость плода при срочных родах (1,79 проц.). Среди 215 мертворожденных 47 детей были недоношенными — 21,86 проц., по данным других авторов 30—51,5 проц.

О распределении мертворождаемости по периодам в литературе приводятся разноречивые данные. По Н. М. Чужраевой антенатальная смерть плода составила 30 проц., интранатальная — 47,4 проц. и постнатальная — 22,6 проц.; по Е. И. Косенковой, соответственно — 31 проц., 41 проц., 28 проц.; по Д. Б. Векслеру — 40,11 проц., 47,8 и 12,09 проц. По нашим данным смерть плода наступила антенатально в 19,07 проц., интранатально — в 57,67 и постнатально — в 23,26 проц.

По Н. М. Горшкову, Хэди, Морису процент мертворождаемости наиболее высок у первородящих; значительной разницы в частоте мертворождений у первородящих и повторнородящих мы не отметили (таблица 2).

Таблица 2

	Количество родильниц	Количество и процент мертворождений	Из них	
			доношенных	недоношенных
Первородящие	5013	112	93	19
Повторнородящие	4851	103	75	28

Таблица показывает, что у первородящих чаще отмечается мертворождаемость при доношенной беременности, а у повторнородящих — при преждевременных родах.

Нами установлено, что из 112 мертворождений у первородящих 60 приходится на женщин в возрасте от 26 до 40 лет. Это обусловлено более частыми осложнениями беременности и родов у «пожилых»

и «старых» первородящих. Частота мертворождений возрастает по мере уменьшения веса плодов от 3000 г и увеличения более 4000 г. Так процент мертворождений среди плодов весом от 1000 до 2000 г составил 16,66.

При определении причины смерти плода мы использовали данные истории родов, патологоанатомического исследования трупа и последа.

Установлено, что причинами антенатальной смерти плода в 41 случае явились: резус-конфликт у 8 плодов, обвитие пуповины — у 8, уродства — у 4, перенашивание беременности — у 3, аномалии плаценты — у 3, по одному плоду погибли от токсикоза второй половины беременности, отслойки нормально расположенной плаценты, отравления матери. В 10 случаях причина антенатальной смерти плода не установлена.

В профилактике антенатальной смерти плода большое значение имеет своевременное выявление и лечение инфекционных заболеваний у беременных, определение резус-принадлежности их, сохранение первой беременности, всестороннее обследование беременных с отягощенным акушерским анамнезом, а также своевременная диагностика и терапия перенашивания беременности.

Литературные данные и наши наблюдения свидетельствуют о большом значении узкого таза в этиологии мертворождаемости. По нашим данным в структуре причин интранатальной смерти детей узкий таз занимает первое место (10,3 проц.). При узком тазе мы часто наблюдали преждевременное и раннее отхождение вод, выпадение пуповины, затяжные роды, неправильное предлежание плода, а также оперативные родоразрешения, которые сами могли обусловить смерть плода.

Средняя продолжительность родов, закончившихся мертворождением составила у повторнородящих 12 часов 35 минут, а у первородящих — 30 часов 10 минут. Второе место среди причин интранатальной смерти плода занимает слабость родовой деятельности — 9,67 проц. Своевременная профилактика, диагностика и терапия слабости родовой деятельности является одним из важнейших мероприятий по снижению мертворождаемости.

Предлежание детского места среди причин гибели плода при родах стоит на третьем месте — 8,87 проц. Эта патология нередко вызывает угрозу не только жизни плода, но и матери. В общей структуре причин интранатальной смерти плода предлежание и выпадение пуповины составляет 8,06 проц. Влагалищное исследование женщин сразу после отхождения вод способствует своевременной диагностике и терапии выпадения пуповины.

Большое значение в профилактике мертворождаемости при преждевременном отхождении вод имеет своевременное возбуждение родовой деятельности. Другие причины интранатальной гибели плода: уродства и пороки развития — 7,26 проц., инфекция во время родов — 6,45 проц., поперечное и косое положение плода — 5,65, преэклампсия и эклампсия — 5,64, обвитие пуповины вокруг шеи и тела — 5,64, спонтанная черепномозговая травма — 4,84, неправильное вставление головки плода — 3,22, многоплодие — 3,22, разрыв матки — 2,42, преждевременная отслойка детского места — 2,42, разрыв оболочечно расположенных сосудов — 2,42 проц.

Приведенные нами данные о частоте отдельных видов акушерской патологии в структуре интранатальной смерти плода близки с данными П. А. Степановой и А. И. Щабалиной, Я. И. Русина, С. С. Лихтман и А. С. Мурадян.

Причинами постнатальной гибели 32 плодов явилась черепномозговая травма, 14 — асфиксия плода и 6 — несовместимые с жизнью уродства.

Для оживления детей, родившихся в состоянии асфиксии нами применяется физиологический метод И. С. Легенченко; в случае отсутствия эффекта в течение 3—4 минут приступаем к методу Л. С. Персианинова, искусственному дыханию, ингаляции кислорода матери и ребенку.

Правильное ведение беременности и родов — важнейший фактор в профилактике мертворождаемости. От врачей и средних медицинских работников, ведущих роды, нередко зависит здоровье и жизнь как матери, так и ребенка.

ВЫВОДЫ

1. Смерть плода чаще всего наступала в родах (57, 67 проц.), реже — постнатально (23,26) и антенатально (17,07 проц.). Значительной разницы частоты мертворождений у первородящих и повторнородящих не отмечено.

2. В комплексе мероприятий по дальнейшему снижению мертворождаемости большое внимание должно уделяться профилактике недонашивания и перенашивания беременности.

3. Постнатальная смерть новорожденных чаще всего зависела от тугого обвития пуповины, поперечного положения плода, черепномозговой травмы, уродств, тазового предлежания, преждевременного отхождения вод, узкого таза, преэклампсии и эклампсии.

