

УДК 616-053.31-036.88-084

Н. Ф. ЛЫЗИКОВ, Т. И. КРЫЛОВА

О ПУТЯХ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии (заведующий — профессор Н. Ф. Лызиков)
Витебского медицинского института

В последние годы уделяется большое внимание перинатологии — науке, которая разрабатывает вопросы профилактики перинатальной заболеваемости и смертности, определяющие здоровье будущих поколений. Перинатальная смертность оказывает отрицательное влияние на рождаемость и нередко на семейное благополучие.

По данным ВОЗ, частота перинатальной смертности в различных странах колеблется от 20 до 50 на 1000 родившихся. В последние годы уровень перинатальной смертности не

имеет тенденции к дальнейшему снижению (Е. И. Андреева, 1973; О. Г. Фролова с соавт., 1976; А. К. Устинович с соавт., 1978; Л. С. Персианинов с соавт., 1974).

Специальных научных исследований, посвященных изучению причин перинатальной смертности и путей ее снижения, в г. Витебске не проводилось. Сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии Витебского медицинского института проведен клинико-анатомический анализ перинатальной смертности в родовспомогательных учреждениях города.

Материал и методы

Экспертной оценке подвергались индивидуальные карты беременных, истории родов и развития новорожденных, данные патолого-анатомического исследования и заключения клинко-анатомических конференций в случае смерти детей в перинатальном периоде, при этом учитывались также характер и тяжесть сопутствующей патологии. Изучение причин перинатальной смертности проводилось в двух направлениях: выяснение непосредственных причин смерти, по данным вскрытий, и основных причин, по заключениям клинко-анатомических конференций или результатам экспертной оценки случаев мертворождений и ранней неонатальной смертности. Принимались во внимание также данные гистологического исследования последов. Особое внимание уделялось определению возможности предотвращения потерь плодов и новорожденных за счет улучшения качества работы на всех этапах службы родовспоможения.

Проанализировано 740 историй родов и 746 историй развития новорожденных в случаях перинатальной смертности в родовспомогательных учреждениях г. Витебска.

Частота перинатальной смертности составила 20,8 %, в том числе при срочных родах — 12,9 %, при преждевременных — 19,2 %. Родилось мертвыми 12,9 %, из них 34,3 % детей погибло антенатально. Умерло в первые 7 дней жизни 7,5 % новорожденных. Ранняя детская смертность среди доношенных детей составила 4,8 %, а среди недоношенных — 80,0 %.

Причинами перинатальной смертности явились: асфиксия плода (36,6 %), черепно-мозговая травма (26,2 %), уродства плода и пороки развития (16,9 %), ателектаз легких и аспирационная пневмония (8,5 %), гемолитическая болезнь (2,4 %), сепсис и токсико-септические заболевания новорожденных (1,8 %), сахарный диабет (1,4 %), в 6,2 % случаев причины смерти не были выяснены.

С целью выработки конкретных мероприятий по снижению перинатальной смертности она была проанализирована отдельно при позднем токсикозе беременных (101 случай); перенесенной беременности (76); экстрагенитальных заболеваниях (134); при аномалиях родовой деятельности (100); при узком тазе (100); при АВО и резус-несовместимости крови матери и плода (26); при асфиксии плода (101); черепно-мозговой травме (102). Особое внимание уделяли выявлению погрешностей при ведении беременной в женской консультации, акушерском стационаре и в отделении новорожденных.

Результаты

Факторами повышенного риска перинатальной смертности на первом этапе (женская консультация) явились: позднее взятие на учет беременных женщин (в 6,3 %), неполный объем профилактических мероприятий (16,4 %), поздняя диагностика патологии (11,7 %), нарушение принципа госпитализации (67,6 %), отсутствие наблюдения после 32 недель беременности (3,3 %), недооценка показаний к досрочному родоразрешению при длительных тяжелых поздних токсикозах беременных, сахарном диабете, резус-конфликте (17,3 %).

На втором этапе (акушерский стационар)

такими факторами были: консерватизм в ведении выявленной патологии (17,3 %), позднее начало стимуляции родов (8,6 %) не в полном объеме проводимое лечение инфекции (4,5 %) поздно проведенная амниоскопия (4,5 %), потеря времени в окончании родов через естественные родовые пути (17,6), несвоевременная диагностика быстрых и стремительных родов и в связи с этим — позднее начало лечения (21,0 %), не диагностирована внутриутробная асфиксия плода (20,8 %), неполноценное лечение внутриутробной асфиксии плода (35,6 %), упущение момента для родоразрешения операцией кесарева сечения (14,7 %), для наложения акушерских щипцов — 8,9 %, для операции извлечения плода за тазовый конец — в 7,9 % случаев.

На третьем этапе (отделение новорожденных) факторами, повышающими риск наступления смерти новорожденного были недооценка состояния ребенка (6,3 %), не в полном объеме проводимые реанимационные мероприятия и интенсивная терапия (7,6 %), недостаточное обследование новорожденных (11,2 %), упущения в лечении заболевших детей (13,5 %) и др.

Обсуждение

Из приведенных данных видно, что для снижения перинатальной смертности в г. Витебске необходимо повысить на всех этапах качество оказания медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным.

Важную роль в этом призваны сыграть женские консультации. Следует добиваться взятия на учет всех беременных в ранние сроки. При первом посещении нужно выявлять женщин с повышенным риском перинатальной смертности, развития позднего токсикоза, недонашивания и перенашивания беременности, аномалий родовой деятельности. Беременным с экстрагенитальными заболеваниями необходимо проводить комплексные целенаправленные профилактические и лечебные мероприятия, при необходимости — в условиях стационара. Участковый акушер-гинеколог должен предусмотреть конкретные меры, направленные на создание оптимальных условий для развития беременности, осуществлять интенсивное наблюдение за состоянием матери и плода.

Каждый раз при осмотре беременной в женской консультации необходимо выявлять и оценивать факторы риска перинатальной смертности, вносить соответствующие изменения и дополнения в план ведения беременности.

У беременных с повышенным риском перинатальной смертности особое значение имеет проведение с ранних сроков беременности общегигиенических мероприятий, соблюдение режима труда и отдыха, рациональное питание, устранение вредного влияния производственных факторов, систематическое активное наблюдение за состоянием и реактивностью плода. Для своевременной диагностики гипоксии плода в женской консультации необходимо шире использовать данные кольпоцитологического исследования, ЭКГ, ФКГ плода, функциональных проб. Беременных, угрожаемых по антенатальной гибели плода, следует направлять в стационар для амниоскопии и амниоцентеза с целью исследования околоплодных вод.

Объективные данные систематического наблюдения за состоянием беременной и плода

позволяют своевременно диагностировать угрожаемые состояния плода и назначать необходимую терапию, проследить ее эффективность, а также выявить объективные показания к досрочному родоразрешению при иммунологической несовместимости крови матери и плода, при тяжелом позднем токсикозе, сахарном диабете и другой патологии.

За беременными, страдающими сахарным диабетом, необходимо наблюдение акушера и эндокринолога.

Для профилактики внутриутробной асфиксии плода при гипоксическом его состоянии целесообразно внутривенное введение 40 %-ного раствора глюкозы, ингаляции кислорода или прием его внутрь в виде кислородного коктейля, эстрогены внутримышечно или сигетин внутривенно. Беременным из группы повышенного риска перинатальной гибели плода целесообразно назначать витамины, особенно витамин С (до 1,0 г в сутки или в виде галаскорбина), нормализующий обменные процессы, витамины группы В, лучше в виде комплексов типа гендевит. Они также нормализуют обмен веществ, функцию нервной системы и регенерацию красной крови. Психопрофилактическая и физическая подготовка беременных к родам, дозированное ультрафиолетовое облучение и прогулки на свежем воздухе оказывают благотворное влияние на развитие беременности и предупреждают гипоксию плода.

При ведении родов у женщин с повышенным риском перинатальной смертности необходимо своевременно диагностировать и проводить коррекцию аномалий родовой деятельности, не допускать неоправданного консерватизма в ведении родов, своевременно оценивать показания к оперативному родоразрешению. Следует проводить профилактику и полноценное лечение начавшейся асфиксии плода. Важное значение имеет правильная оценка состояния новорожденного и проведение необходимого объема реанимационных мероприятий и интенсивной терапии постгипоксических состояний. При необходимости следует шире пользоваться краниоцеребральной гипотермией у новорожденных с внутричерепной родовой травмой.

Всем родильницам, у которых при гистоло-

гическом исследовании последа установлены воспалительные изменения, целесообразно проводить комплексное противовоспалительное лечение.

Заключение

Таким образом, проведение вышеперечисленного комплекса мероприятий на всех этапах оказания медицинской помощи беременной, роженице и новорожденному будет способствовать снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

Андреев Е. И. Анализ основных причин ante- и постнатальной гибели плодов и новорожденных: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.— Рига, 1973.— Бархатов Т. П., Янкова М. Ф.— Акуш. и гин., 1976, № 11, с. 35—38.— Персианинов Л. С., Калганова Р. И., Побединский Н. М. и др. Пути снижения перинатальной смертности у женщин с анатомически узким тазом.— В кн.: Плод и новорожденный. М., 1974.— Устинович А. К., Марковская М. Д. Организация и методика клинического анализа смерти плодов и новорожденных в перинатальном периоде: Метод. рекомендации.— Мн., 1978.— Фролова О. Г. О путях снижения перинатальной смертности.— Акуш. и гин., 1976, № 11, с. 35—38.

Поступила 08.06.81.

WAYS OF DECREASING OF PERINATAL MORBIDITY

N. F. Lysikov, T. I. Krylova

On the grounds of analyses of 740 labour records and 746 records of development of the newborn causes of perinatal morbidity and ways of its decreasing were studied. The authors consider it necessary to diagnose and carry out correction of labour activity anomalies, to prevent a conservative course of deliveries, to timely evaluate indications for operative interventions, to perform prophylaxis and treatment of the fetus asphyxy and some other measures.