

УДК 616-001.8-053.1.002.2.234+616-001.8-053.31.002.234} :612.013

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
И СМЕРТНОСТИ ПРИ ГИПОКСИИ ПЛОДА И АСФИКСИИ
НОВОРОЖДЕННОГО

Н.Ф.Дызиков, С.И.Харкевич, Т.И.Крылова, Н.И.Харевич,
А.К.Семенов, Т.Я.Родина
Витебск

Гипоксия плода и асфиксия новорожденного занимает первое место среди причин перинатальной заболеваемости и смертности, функциональных и органических поражений мозга. Частота асфиксий новорожденных колеблется от 3 до 7%.

Экспертной оценке подвергнуто 129 индивидуальных карт беременных,

историй родов и развития новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии в Витебском клиническом роддоме № 1 за год.

Первородных было 75,2%, повторнородных - 24,8%. Роды в срок отмечены у 90% женщин, преждевременные у 2,3% и запоздалые у 7,7%. Среди причин гипоксии плода и асфиксии новорожденного ведущее место занимало нарушение маточно-плацентарного кровообращения, вызванное патологией сократительной деятельности матки (27,9% случаев), поздними токсикозами беременных и рожениц (31,8%), нарушением пуповинного кровообращения (9,3%), экстрагенитальными заболеваниями (5,1%), преждевременным излитием околоплодных вод (33,3%), внутриутробной инфекцией (17,1% - на основании гистологического исследования плаценты), стремительными и быстрыми родами (7,0%), нерациональным применением окситоцина (17,8%). Нередко имело место сочетание указанных причин. Тазовые предлежания наблюдались в 11,6% случаев. Внутриутробная гипоксия плода в родах не диагностирована у 27,9% рожениц. Оперативное родоразрешение применено у 24,8% женщин (кесарево сечение - 14,1%, акушерские щипцы - 10,7%). Новорожденные с массой 4000 г и более составили 23%. Легкая степень асфиксии (6-7 баллов по шкале Апгар) диагностирована у 67,4% детей, асфиксия средней тяжести (4-5 баллов) - у 17,1%, тяжелая асфиксия (1-3 балла) - у 15,5%.

Новорожденным в состоянии асфиксии проводились следующие реанимационные мероприятия: освобождение верхних дыхательных путей от содержимого; ИВЛ с помощью маски; в вену пуповины вводился 10-20% раствор глюкозы (5 мл/кг массы), кокарбоксилаза (8-10 мл/кг), при необходимости - дыхательные analeптики - 1,5% раствор этимизола (0,2 мл), кордиамин (0,3 мл/кг), преднизолон (1-2 мг/кг) или гидрокортизон (5 мг/кг), 4% раствор гидрокарбоната натрия (2,5 мл/кг); аппаратное искусственное дыхание, КИГ. При тяжелой асфиксии новорожденных применялась инфузионная терапия: альбумин, нативная плазма, дегидратационные, седативные и антигеморрагические средства, гелиокислородная смесь, С₆₀ПЦ. С 6 дня жизни назначались витамины группы "В" и глютаминовая кислота.

Под воздействием интенсивной терапии неврологический статус нормализовался к 4 дню жизни у 40% новорожденных, к 6 дню - у 29,5%. Выписка новорожденных из стационара производилась на 6-14 сутки. 27 новорожденных с постгипоксической энцефалопатией выписаны под наблюдение невропатолога и педиатра. Среди анализируемых случаев асфиксии новорожденных летальных исходов не отмечено.

Таким образом, для профилактики гипоксии плода и асфиксии ново-

рожденного необходимо улучшить качество амбулаторной и стационарной медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным. Выявлять женщин с повышенным риском развития позднего токсикоза, аномалий родовой деятельности, экстрагенитальными заболеваниями, тазовыми предлежаниями и проводить им комплекс целенаправленных профилактических и лечебных мероприятий. Улучшить диагностику гипоксии плода с помощью современных методов обследования (амниоскопия, ЭКГ, амниоцентез, кардиомониторное наблюдение) и проводить полноценное ее лечение. При отсутствии эффекта от проводимой терапии ставить вопрос о прерывании беременности.

Своевременно диагностировать и назначать адекватную терапию при осложнениях беременности и родов. В комплексе мероприятия по борьбе с асфиксией новорожденных использовать весь объем реанимационных и лечебных мероприятий с учетом тяжести асфиксии.