

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕРТВороЖДАЕМОСТИ

Н. Ф. ЛЫЗИКОВ

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. кафедрой
доцент Н. Ф. Лызиков) Витебского медицинского института*

Успехи здравоохранения и родовспоможения в нашей стране привели к значительному снижению мертворождаемости. За 1959 г. мертворождаемость по городам Советского Союза составляла 1,6%, а в сельской местности — 1,4%¹ (О. К. Никончик).

Мертворождаемость, по данным различных отечественных акушеров, колеблется от 1,2 до 2,43% (Л. И. Бастанова — 1,2%, Л. Я. Синицына — 1,92%, Н. М. Горшков — 1,98%, А. А. Василькова — 2%, Н. М. Волох-Исаева — 2,43%). Дальнейшее снижение мертворождаемости является одной из важнейших государственных задач.

Нами проведен клинико-анатомический анализ мертворождаемости за 1957—1960 гг. в родильном доме № 1 г. Витебска.

Мертворожденным мы считали жизнеспособный плод, смерть которого наступила до родов, во время или после рождения, но до появления самостоятельного дыхания. К жизнеспособным нами относились плоды, имеющие вес не менее 1000 г, длину более 35 см и родившиеся при сроке беременности не менее 28 недель.

За 1957—1960 гг. проведено 9864 родов, из них 215 (2,18%) закончились мертворождением. Следует отметить, что в родильный дом № 1 направляется акушерская патология всей области, что, естественно, увеличивает процент мертворождаемости. Мертворождаемость при преждевременных родах (9,03%) более, чем в 5 раз превышает гибель плода при срочных родах (1,79%). Поэтому в профилактике мертворождаемости большое значение имеет снижение частоты преждевременных родов.

Гибель плода наступила антенатально в 19,07%¹, интранатально — в 57,67% и постнатально — в 23,26%¹. Значительной разницы в частоте мертворождаемости у первородящих (2,25%) и повторнородящих (2,12%) нами не отмечено. Среди первородящих 53,57% мертво-

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

Имеется зависимость мертворождаемости от веса плода. Наименьшая мертворождаемость наблюдается среди плодов весом от 3000 до 4000 г (1,37%). По мере уменьшения веса плодов от 3000 г и увеличения его более 4000 г отмечалось нарастание частоты мертворождений. Среди плодов весом от 1000 до 2000 г процент мертворождений увеличивался до 16,66. Последнее связано с причинами и особенностями течения преждевременных родов, а также с недостаточной функциональной зрелостью и устойчивостью недоношенного ребенка.

При анализе этиологических факторов гибели плода мы руководствовались систематикой причин мертворождаемости, предложенной Министерством здравоохранения СССР в 1947 г. Причина смерти плода нами определялась на основании данных истории родов, патолого-анатомического исследования трупа и последа, а также заключения клинко-анатомической конференции. Патологоанатомическое исследование произведено 98,14% мертворожденных.

В результате клинко-анатомического анализа мертворождаемости причина гибели 94,42% плодов нами установлена, в 5,58% случаев мертворождений причину смерти плода установить не удалось.

Причины мертворождений исходили в 28,36% со стороны матери, в 33,5% — со стороны плода и в 32,56% — со стороны плодного яйца. Среди этиологических факторов антенатальной смерти плода на первом месте стоят причины, исходящие со стороны плода, а в случаях интранатальной гибели ребенка — причины, зависящие от матери.

Одной из важных задач современного акушерства является борьба с антенатальной гибелью плода, составляющей в структуре мертворождаемости от 31,5 до 44% (Л. Я. Сеницына, А. Я. Марков, П. А. Степанова и А. И. Шабалина). Причинами антенатальной смерти 41 плода явились: в 8 случаях резус-конфликт, обвитие пуповины — в 8, уродства — в 4, перенашивание беременности — в 3, аномалии плаценты — в 3, по одному плоду погибло от токсикоза второй половины беремен-

ности, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, укуса змеи. Причину антенатальной смерти 10 плодов установить не удалось.

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

Смерть 57,67%¹ плодов наступила во время акта родов. Среди причин интранатальной смерти плода узкий таз занимает первое место — 10,3%. Ведение родов при узком тазе, особенно у первородящих, требует от акушера большой наблюдательности, опыта и выдержки. В нашей клинике роды при узком тазе в 80%¹ закончились самопроизвольно. К оперативному родоразрешению мы прибегаем в тех случаях, когда в результате наблюдения за актом родов выясняется клиническое несоответствие между размерами таза и головкой плода. Второе место занимает слабость родовой деятельности — 9,68%¹.

Из других причин интранатальной гибели плода установлены: предлежание плаценты — 8,87%, выпадение пуповины — 8,06%, преждевременное отхождение вод — 7,26%¹, уродства и пороки развития — 7,26%, инфекция во время родов — 6,45%, поперечное и косое положение плода — 5,65%¹, преэклампсия и эклампсия — 5,64%, обвитие пуповины — 5,64%¹, спонтанная черепно мозговая травма — 4,84%, неправильное вставление головки плода — 3,22%¹, разрыв матки — 2,42%, преждевременная отслойка детского места — 2,42% и разрыв оболочечно расположенных сосудов — 2,42%¹.

Причинами постнатальной гибели 32 плодов явилась черепно мозговая травма, 12 — асфиксия плода, 6 — несовместимые с жизнью уродства. Известно, что причиной как черепно мозговой травмы, так и асфиксии плода может явиться различная акушерская патология и заболевания организма матери. Асфиксия плода в ряде случаев является выражением терминального состояния (Л. С. Персианинов, С. М. Беккер, Д. В. Векслер),

По нашему мнению, асфиксия плода, которая наступила в результате заболевания матери или патологии со стороны плодного яйца, должна быть отнесена в соответствующую группу причин мертворождаемости. Поэтому систематика причин постнатальной гибели плода на интракраниальную травму, асфиксию и уродства, предложенная Министерством здравоохранения СССР, не является рациональной, так как она отражает не этиологию, а лишь заключительную часть патогенеза смерти плода. Одна и та же причина может вызвать гибель плода как во время акта родов, так и вскоре после его рождения. Мы считаем более целесообразным систематизировать причины постнатальной смерти плода так же, как и интранатальной. Это будет способствовать лучшему выявлению истинной причины гибели плода.

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

Известно, что правильное ведение беременности и родов является важнейшим фактором в профилактике мертворождаемости. От врачей и средних медицинских работников, наблюдающих за течением беременности и ведущих роды, во многом зависит здоровье и жизнь как матери, так и ребенка. Каждый случай мертворождения нами изучен с точки зрения устранимости причины гибели плода. Все причины мертворождений мы разделили на неустраняемые, условно неустраняемые и устранимые. Причины мертворождаемости, которые при современном состоянии наших знаний неустраняемы, со-

ставили 19,07% (пороки развития, несовместимые с жизнью, — 8,84%, тугое обвитие пуповины — 7,91%, истинный узел пуповины — 0,46% и др.).

Причины 69,77% мертворождений отнесены к условно неустраняемым, из них 30,7% составили причины, исходящие со стороны матери (заболевания матери — 13,95%, патология родового акта — 16,75%), 39,07% причин исходило со стороны плодного яйца (аномалии плода — 16,75%, аномалии последа — 21,86%, многоплодие — 0,46%). Среди этой группы мертворождаемость при правильном ведении беременности и родов могла быть в ряде случаев предотвращена.

Устранимые причины составили 5,58% мертворождений. Они были обусловлены неправильным ведением родов, что зависело от недостаточной квалификации врачей и средних медработников. Поэтому повышение квалификации медицинского персонала по акушерству является важным мероприятием в профилактике мертворождаемости.

В ы в о д ы

1. Важнейшим условием снижения мертворождаемости является хорошая организация работы женской консультации и рациональное ведение родов.

2. В комплексе мероприятий по дальнейшему снижению мертворождаемости большое внимание должно уделяться своевременной профилактике и терапии токсикозов, недонашивания, перенашивания беременности и резус-конфликта.

3. Систематизация причин постнатальной гибели плода, предложенная Министерством здравоохранения СССР в 1947 г., не дает возможности выявить роль акушерской патологии и заболеваний матери в этиологии смерти плода. Более целесообразно систематизировать причины постнатальной гибели плода так же, как и интранатальной.

4. Для успешной профилактики мертворождаемости целесообразно проводить не только этиологический анализ мертворождений, но также изучение их с точки зрения устранимости причины гибели плода.