

ЕЩЕ РАЗ О “РОДОВОЙ ТРАВМЕ ПЛОДА” С АКУШЕРСКИХ ПОЗИЦИЙ

А.А. Хасанов

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доктор мед. наук Л.И. Мальцева)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Одна из основных задач акушерства — снижение перинатальной заболеваемости и смертности — все еще далека от разрешения. Смертность и инвалидность детей в некоторых регионах страны в несколько раз превышают аналогичные показатели во многих развитых странах мира. В последние годы появились данные о высокой частоте родовых повреждений нервной системы плода [1, 2].

Охрана плода в процессе родов относится к числу важнейших задач современного акушерства. Во многих случаях неврологической патологии новорожденных совершенно необоснованно обвиняется акушерская служба, при этом не учитывается действие на плод, в том числе на его нервную систему, многих ante- и интранатальных факторов. В последние годы в структуре младенческой смертности доминируют патологические состояние перинатального периода, в частности поражения нервной системы. Они определяют нервно-психическое развитие ребенка, служат причиной школьной дезадаптации и соматической патологии. Большинство исследователей считают, что основная масса заболеваний нервной системы корнями уходит в прогенез, или антенатальный период. По мнению F. Major [6], из 10 детей по крайней мере один рождается с физическими или умственными недостатками; 20% детской заболеваемости и смертности вызваны пороками развития, обусловленными действиями факторов окружающей среды, хромосомными изменениями (10%), сочетанием нескольких факторов (80%). Согласно современной статистике, известно более 3 тысячи генетически детерминированных заболеваний, приводящих к первичным или вторичным поражениям нервной системы. Среди множества причин, предрасполагающих к перинатальной патологии, выделяют прежде всего социально-биологические [5] и социально-гигиенические: это возраст матери, вредные привычки, наличие экстрагенитальной патологии, профессиональные или экологические вредности.

Большая роль в развитии перинатальных повреждений обусловлена осложнениями беременности (гестоз, анемии, невынашива-

ние беременности и т.п.). Существенна роль внутриутробных инфекций в развитии патологии нервной системы плода. Частота инфекционных заболеваний (5 на 100 родившихся), приводимая иностранными авторами, по-видимому, намного выше в нашей стране, так как значительная их часть остается нераспознанной.

В настоящее время свыше 80% беременных принимают лекарственные препараты [3], степень опасности которых достоверно не установлена. Нет такого лекарственного соединения, полная безвредность которого для плода была бы доказана. Даже в медицинских кругах существует явная недооценка отрицательного воздействия на плод лекарственной терапии и существующей реальной угрозы для общества рождения неполноценного потомства.

Особое место в генезе перинатальных повреждений нервной системы занимает гипоксия плода и новорожденного. По мнению ряда авторов, гипоксия доминирует в развитии неонатальной неврологической патологии. Отдавая должное гипоксии в возникновении повреждений нервной системы, следует вспомнить, что при этой патологии страдает прежде всего головной мозг. Гипоксия приводит к нарушению микроциркуляции, повышенной проницаемости сосудистой стенки как во всех паренхиматозных органах, так и в головном и в спинном мозге. Однако установлена различная переживаемость нейронов разных образований мозга при его кислородном голодании. Большинство филогенетически более молодых отделов мозга при гипоксии повреждается сильнее, чем более ранние по развитию. В первую очередь страдают нервные клетки коры больших полушарий и мозжечка, меньше — подкорковые образования; наиболее устойчивы к гипоксии клетки спинного, продолговатого и среднего мозга.

Гипоксия, вне всякого сомнения, может привести к “биохимической травме” плода и новорожденного с развитием в первую очередь поражения головного мозга. Бесспорен и тот факт, что любое механическое напряжение на фоне гипоксических измене-

ний гомеостаза может привести к тяжелым неврологическим последствиям. Однако если при неврологическом осмотре новорожденного мы находили у него признаки изолированного поражения спинного мозга на определенном уровне (шейном, грудном, поясничном), то, по нашему мнению, основной причиной этого была не гипоксия. И, напротив, если в клинике преобладала симптоматика поражения головного мозга с тяжелыми психическими нарушениями, одной из вероятных причин возникшей патологии была, как мы считаем, перинатальная гипоксия. До сих пор перинатальная патология, не связанная с генетическими, семейными, инфекционными и другими перинатальными факторами, рассматривается как следствие повреждения плода в интранатальном периоде.

Причины родовых повреждений плода разнообразны. По мере его прохождения по костному родовому каналу возможны травматические повреждения как головного, так и спинного мозга. В процессе конфигурации головки сдавливается мозг ребенка, который не является бесформенной гомогенной массой, а обладает полностью развитыми дифференцированными нейронами. Давление на головку плода при схватке в среднем составляет 5—10 кг и усиливается во втором периоде родов [1], что может привести к необратимым нарушениям кровообращения с обширными субдуральными и внутримозговыми гематомами.

Благодаря работам неврологической школы проф. А.Ю. Ратнера [4], в корне изменилось представление о влиянии таких характерных и обычных в отечественном современном акушерстве пособий, как “защита промежности”, тракции за головку с целью выведения плечевого пояса и т.п. Причем отношение акушеров к трудам проф. А.Ю. Ратнера, в которых рассматривается возможный патогенез механических повреждений нервной системы плода, трансформировалась по давно известной схеме: “этого не может быть; в этом, пожалуй, что-то есть; кто этого не знает”. Здесь, на наш взгляд, уместно напомнить, что А.Ю. Ратнер никогда не трактовал родовую травму с упрощенных механических позиций. Признавалось существенное влияние на дальнейшее развитие ребенка анте-, интра- и постнатальных факторов. Справедливо будет заметить, что в ряде работ учеников А.Ю. Ратнера, действительно, преувеличена роль механической природы интранатальных повреждений нервной системы. Однако благодаря именно этому “преувеличению” работы казанской школы детской неврологии нашли

столь широкий отклик у медицинской общественности и заставили коренным образом пересмотреть влияние устоявшихся в акушерстве пособий на неонатальное развитие ребенка. Но чрезмерная увлеченность и преданность идее привели к мало предсказуемым последствиям. Ожидалось, что в результате внедрения “атравматичной методики ведения родов” в практическое акушерство перинатальная заболеваемость и смертность существенно снизятся. Эти радужные надежды, к сожалению, не оправдались — заболеваемость снизилась, но не настолько, насколько предполагалось. Склонность объяснять развитие перинатальной патологии нервной системы лишь одной причиной привела к упрощенному анализу структур смертности и заболеваемости детей. Сводя причины травм только к акушерским пособиям, практические акушеры оказались лишенными современных средств диагностики такого фактора перинатальных потерь, как гипоксия, по значимости, может быть, превосходящего механическую травму. К нашему стыду, во многих родильных домах до сих пор единственным аппаратом для диагностики дистресса плода является стетоскоп, изобретенный еще в 1818 г. Приверженность одной теории, оправданная в научных исследованиях (благодаря работам казанской школы детской неврологии удалось расширить понятие о механической родовой травме “по вертикали”), совершенно недопустима в практическом здравоохранении.

Мы ни в коем случае не отказываемся от своих позиций и установок. Ятрогенная механическая травма плода в родах есть и, к сожалению, будет. В среде акушеров-гинекологов есть врачи, преувеличивающие или, наоборот, недооценивающие роль мануальных пособий при самопроизвольном рождении ребенка. Однако преобладающее значение в развитии перинатальной неврологической патологии имеют все же не механические, а сложные метаболические, микроциркуляторные нарушения, возникающие в анте-, интра- и постнатальном периодах.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В.В.* Акуш. и гин. — 1995. — № 4. — С. 3 — 5.
2. *Барашнев Ю.И.* // Росс. вестн. перинат. и педиатр. — 1996. — № 2. — С. 29 — 36.
3. *Кирющенко А.П., Тараховский М.Л.* Влияние лекарственных средств на плод. — М., 1990.
4. *Ратнер А.Ю.* // Детская неврология. — Спб. — 1995. — Вып. 2. — С. 5 — 10.
5. *Савельева Г.М.* // Росс. вестн. перинат. и педиатр. — 1995. — № 1. — С. 31 — 34.
6. *Major F.* Курьер Юнеско. — 1981. — № 2. — С. 31 — 33.

Поступила 19.09.97.