

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

(По материалам второй Всесоюзной конференции патологоанатомов)

(Минск, 22—26 января 1962 г.)

На конференции были представлены весьма важные для практики здравоохранения материалы по изучению заболеваний и причин смерти как внутриутробной, так и новорожденных.

В настоящее время среди причин внутриутробной смерти и смерти новорожденных часто фигурируют родовая травма, асфиксия, недоношенность, уродства, гемолитическая болезнь, острые малокровия, токсико-инфекционные состояния и инфекционные заболевания (П. В. Сиповский, Ленинград).

В качестве причины мертворождения и смерти новорожденных родовая травма встречается в разных местах неодинаково часто, а именно: от 10,4 до 33,3 и даже до 40,5% (И. С. Дергачев, Москва; Г. П. Ельяшевич, Орел). Родовая травма редко бывает единственной причиной смерти, а чаще сочетается с внутриутробной асфиксией (И. С. Дергачев).

К причинам мертворождаемости относятся также плодоразрушающие операции и мацерация плода, частота которых, по М. К. Далю (Киев) и Г. П. Ельяшевичу, достигает 25,7%.

Внутриутробная асфиксия отмечается очень часто — от 36,7 до 54,8 и даже до 73,8% (И. С. Дергачев, Г. П. Ельяшевич); реже она бывает самостоятельной причиной, а чаще следствием многих видов акушерской патологии (токсикозов беременности, недонашивания и перенашивания, кровопотерь, аномалий родовой деятельности, операций и др.), следствием различных заболеваний матери (инфекции, гормональные нарушения, сердечно-сосудистые заболевания и др.) и самого плода (Л. С. Персианинов, Москва).

Синяя и белая асфиксии новорожденных имеют свои особенности, являются не фазами, а самостоятельными формами. При синей асфиксии длительная гипоксия с признаками хронического кислородного голодания связана с патологическими процессами в организме матери иногда еще до беременности, но чаще во время нее (заболевания сердечно-сосудистой системы, органов кровотока, токсикозы, кровотечения во время беременности и родов, инфекция родовая и родовая). Белая асфиксия является результатом быстро возникающего кислородного голодания плода, протекает по типу шока и связана главным образом с оперативным родоразрешением (В. Н. Шникова, Москва). Длительный безводный период родов (следствие раннего отхождения околоплодных вод) приводит к асфиксии, внутрочерепным кровоизлияниям, пневмониям и другим заболеваниям (Д. Б. Векслер, Пермь).

Частой причиной смерти новорожденных является асфиксия — до 56%, тогда как родовая травма как причина смерти достигает только 17,9%. Среди общего числа умерших живорожденных и мертворожденных в 52,4% отмечается недоношенность. Грубые аномалии развития как причина смерти наблюдаются в 9,8%. Гемолитическая болезнь составила 2,7% от всего числа умерших. Токсико-инфекционные процессы как причины смерти встречаются значительно реже, чем раньше (О. К. Хмельницкий, Ленинград).

Особое место среди причин смерти внутриутробной и новорожденных занимают различные инфекции: а) внутриутробные пневмонии, встречающиеся в 10,4—47,7% случаев мертворождений и 62% у умерших новорожденных; б) инклюзионная цитомегалия, которая выявляется в 10—32% вскрытий мертворожденных и новорожденных (Ю. В. Гулькевич и М. Д. Агейченко, Минск); это — одно из опасных вирусных заболеваний новорожденных и детей грудного возраста, выявляемое в 55% всех вскрытий детей от 2 до 6 месяцев, в 34% — у новорожденных и в 10% — у детей до двухлетнего возраста; чаще всего она является врожденным заболеванием (Л. А. Горбаченко, Гродно; В. С. Песчанский, Астрахань); в) листериоз — малоизученное общее инфекционное заболевание матери, часто поражающее плод в последние месяцы беременности; г) врожденный токсоплазмоз, являющийся распространенной инфекцией плода, часто поражающей центральную нервную систему и органы желудочно-кишечного тракта, обуславливает гибель детей в первые дни жизни (Т. Е. Ивановская и И. О. Левина, Москва). Смерть может наступить на 13—15 и 17 сутки жизни; в ряде случаев наблюдается пневмония как осложнение (Г. Г. Иващенко, Ставрополь на Кавказе). На почве токсоплазмоза возникают тяжелые и смертельные пороки развития у 3,6 новорожденных на каждую тысячу родов (Н. Е. Ярыгин, С. Ф. Андреев и Н. А. Балакина, Ярославль). Внутриутробно возникающий токсоплазмоз характеризуется очагами воспалительных и дисциркуляторных процессов (В. К. Белецкий, Рязань).

Инфекции, вызывающие в конечном итоге перинатальную смерть, оказывают на организм плода различное патогенное действие в зависимости от периода воздействия: а) в эмбриональном периоде (в первые 2—3 месяца внутриутробной жизни) они оказывают на эмбриона прямое воздействие и косвенно вызывают пороки развития (тератогенное действие доказано для коревой краснухи, эпидемического паров-

тита и кори; его могут оказывать бактериальные инфекции, а также токсоплазмоз); б) в раннем фетальном периоде (до седьмого месяца внутриутробной жизни) возможны воспалительные процессы, в результате чего возникают разные фетопатии и некоторые пороки развития (микроцефалии, микрофтальмии, микрогирии и др.), а также водянка мозга, циррозы печени, эластофиброз сердца и др.; стрептококковые метастатические гнойники у плода (фетальная септикопиемия), листериоз, генерализованная инклюзионная цитомегалия, сифилис, токсоплазмоз; бруцеллез; возможен и вирусный гепатит с последующим циррозом печени; в) в антенатальном периоде (в последние месяцы до родов) при наличии у матери инклюзионной цитомегалии, листериоза, токсоплазмоза, сифилиса, туберкулеза, бруцеллеза, проказы, гриппа, коклюшных инфекций, эпидемического паротита, полиомиелита, кори, вируса Коксаки, тифов, сибирской язвы, малярии, трипанозомиаза и др.—возможна смерть плода; г) в интранатальном периоде наиболее частой является аспирационная пневмония; д) в неонатальном периоде происходит заражение младенца чаще всего через дыхательные пути, кожу, слизистую пищеварительной трубки, половых путей и конъюнктиву. Наиболее частыми и тяжелыми инфекциями этого периода являются пневмония и сепсис.

Гемолитическая болезнь выявляется в 4,2% к общему числу перинатальных вскрытий (Э. Е. Штыцко, Минск), а иногда и в 6,1% (П. С. Гуревич, Ульяновск). Имеются указания на участие инфекции в возникновении гемолитической болезни новорожденных (Ю. В. Гулькевич и М. Д. Агейченко).

В части случаев причиной мертворождений являются пороки развития — в 4,4% (Г. П. Ельяшевич), в 0,3% от общего числа рождений и в 8,5% всей перинатальной смертности (Г. И. Лазюк, Минск). Часто инфекции являются смертельным осложнением многих пороков развития (Ю. В. Гулькевич и М. Д. Агейченко).

Опухоли встречаются в 0,01—0,3% от общего числа перинатальных вскрытий (Ю. В. Гулькевич, Т. С. Рабцевич, И. Н. Мирончик, А. Н. Сержанина, К. Ю. Гулькевич, Г. Н. Марук, М. Д. Агейченко — Минск). У детей до 3 лет они найдены в 2,5% (А. И. Воротилкин, Челябинск).

Проф. Г. Г. Непряхин

(Казань)

ПЕРВЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГОВ

(11—15/XII 1961 г., Москва)

В работе съезда участвовало около 500 делегатов. Было заслушано 142 доклада по следующим программным вопросам: 1) состояние дермато-венерологической помощи в СССР и очередные задачи по ее улучшению; 2) лечение сифилиса и гонореи; 3) гемодермии.

Зам. министра здравоохранения РСФСР А. В. Сергеев проанализировал итоги борьбы с кожными и венерическими болезнями в РСФСР. Полностью ликвидированы мягкий шанкр и четвертая венерическая болезнь. Фактически ликвидирован ранний врожденный сифилис. Не стало бытовых заражений сифилисом. Количество активных форм сифилиса за 1950—1960 гг. снизилось более чем в 13 раз. Неуклонно снижается заболеваемость фавусом. К недостаткам работы относятся замедление темпа снижения сифилиса, местами — рост гонореи, недостаточное снижение грибковых заболеваний и некоторых дерматозов. Во многих краях, областях и АССР борьба с кожными и венерическими заболеваниями в основном возлагается только на дермато-венерологические учреждения, к участию в ней не привлекаются акушерско-гинекологические и педиатрические учреждения, участковая сельская медицинская сеть. Докладчик изложил основные задачи по борьбе с кожными и венерическими болезнями, которые получили отражение в решении съезда.

Причинами недостаточного снижения гонореи, по данным докладчиков, в частности, являются слабое выявление источников заражения и обследование контактов, слабая работа акушерско-гинекологов по выявлению хронической гонореи у женщин; неудовлетворительная работа смотровых кабинетов по выявлению гонореи, отсутствие коек для госпитализации больных гонореей, особенно женщин; слабая постановка преподавания гонореи в медицинских институтах; недостаточная санитарно-просветительная работа, главным образом среди молодежи и др.

Заболеваемость фавусом снижается во многих областях и республиках РСФСР, в частности в Татарской АССР (А. В. Максютова и Г. Г. Нуреев). В ряде областей имеется рост заболеваемости дерматомикозами.

Докладчики и выступившие в прения отметили, что для снижения дерматомикозов и ликвидации фавуса необходимо всемерно расширить диспансерные формы работы, привлечь к массовым профилактическим мероприятиям педиатров, школьных врачей, медицинских работников общеобразовательной сети; требуется настойчивая работа дерматологов, эпидемиологов и ветеринарных врачей по разработке и проведению совместных мероприятий по борьбе с дерматомикозами.