

прямой зависимости от силы врача-акушера или акушерки, прилагаемой при рождении (извлечении) плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гентер Г. Г. Учебник акушерства. Л., 1932. — 2. Михайлов М. К. В кн.: Тез. докл. II Республ. конф. по детск. невропатол., Казань, 1979. — 3. Савельева Г. М. Вопр. охр. мат., 1979, 9. — 4. Струков В. А. Акуш. и гин., 1973, 12. — 5. Schulte G. Arch. Gynäk., 1977, 224, 1—4.

Поступила 26 февраля 1981 г.

УДК 618.53—08—084

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ АСФИКСИИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Е. М. Шитова, Т. А. Миронова, А. Л. Верховский

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав. — доктор мед. наук Е. М. Шитова) Пермского медицинского института, Пермский облздравотдел (главный акушер-гинеколог — А. Л. Верховский)

Реферат. Обсуждаются проблемы прогнозирования и превентивной терапии асфиксии плода и новорожденного. Предложено проводить профилактическую терапию в 4 этапа: оздоровление беременных в условиях санаториев-профилакториев; госпитализация в родовое отделение; мероприятия в первом периоде родов, улучшающие микроциркуляцию в системе фето-плацентарного комплекса; бережное родоразрешение. Рассмотрен вопрос об обезболивании при операции кесарева сечения и дан ряд рекомендаций для снятия наркотической депрессии и остаточной кураризации плода. В заключение инфузионной терапии рекомендуется проведение форсированного диуреза.

Ключевые слова: плод, новорожденный, асфиксия, терапия, профилактика.
Библиография: 3 названия.

В дискуссионных статьях освещены вопросы, касающиеся терапии тяжелых степеней асфиксии плода и новорожденного [1—3]. Среди детей, перенесших тяжелую асфиксию, высок процент детской инвалидности, в связи с чем вопрос о ранней диагностике и адекватной терапии имеет исключительную значимость.

Интенсивная терапия экстремальных состояний новорожденных не гарантирует их полноценной отдаленной реабилитации. С этой точки зрения нам представляется необходимым и своевременным обсуждение проблемы прогнозирования и превентивной терапии асфиксии плода и новорожденного. Профилактические мероприятия предполагают в первую очередь выявление групп риска беременных в женских консультациях.

В группы риска следует включать женщин с экстрагенитальной патологией — пороками сердца, гипертонической болезнью, заболеваниями почек, эндокринопатиями, анемиями беременных; с акушерской патологией — поздними токсикозами, перенесенной беременностью, беременных с крупным плодом, с отягощенным акушерским анамнезом (многократные аборты, привычные выкидыши, рубцы на матке после кесарева сечения, предлежание и отслойка плаценты); беременных с пренатальными инфекциями, в частности с латентно текущей инфекцией (стафилококк, кишечная палочка, энтерококк, протей, токсоплазмоз, кандидозы, вирусная и аденовирусная инфекция).

В профилактике перинатальной патологии, в частности асфиксии плода, ведущее место должно занять оздоровление беременных (например, работниц промышленных предприятий следует санировать в условиях ночных санаториев-профилакториев, где имеется полная возможность организации рационального полноценного питания, отдыха, ЛФК и активной систематической оксигенации организма). Это позволит в ряде случаев предупредить развитие поздних токсикозов и других осложнений беременности, уменьшить необходимость госпитализации беременных в родовое отделение.

Вторым этапом борьбы за снижение асфиксии должно стать раннее выявление и профилактическая госпитализация беременных с наличием экстрагенитальной патологии.

Мероприятия по диагностике, профилактике и терапии асфиксии должны включать применение современных методов исследования (ФКГ, ПКГ, амниоскопию, плацентографию и др.) и комплекс профилактического лечения — физиопсихопрофилактическую подготовку, оксигенотерапию, назначение глюкозы (20—40% раствора внутривенно с адекватным количеством инсулина), сигетина, бикарбоната натрия, витаминов С, В₁, В₆, кокарбоксилазы, АТФ, хлористого кальция, хлористого калия. Наряду с этим необходимо применение сердечных средств (коргликона), β-миметиков (партусистена), белковых препаратов (альбумина, протеина, плазмы).

Ввиду часто наблюдающегося в настоящее время носительства возбудителей септической инфекции, в частности стафилококка, патогенной кишечной палочки, энтерококка и других, мы широко применяем исследование выделений из влагалища, носа и зева на бакфлору. С учетом выселянной флоры в обязательном порядке проводим целенаправленную иммунотерапию (антистафилококковым γ-глобулином, колипротейным, стафилококковым, синегнойным и другими бактериофагами). В целях ликвидации дисбактериоза назначаем лактобактерин.

При экстрагенитальной патологии профилактика гипоксии предполагает активную терапию основного заболевания, борьбу с нарушениями микроциркуляции и применение средств, нормализующих гомеостаз.

При хронической гипоксии плода, обусловленной перенашиванием, изоиммунной несовместимостью по системе антигенов резус-фактора и АВ0, тяжелой формой позднего токсикоза, сахарного диабета, целесообразно досрочное родоразрешение с предварительным определением параметров готовности к родам («зрелость шейки», «окситоциновый тест», «тест с хлористым кальцием»).

Третьим этапом превентивной терапии асфиксии являются мероприятия в периоде раскрытия. К группе «высокого риска асфиксии» должны быть отнесены роженцы с осложненным течением, в частности со слабостью родовой деятельности, преждевременным излитием вод, ригидностью шейки, шеечной дистонией, предлежанием и преждевременной отслойкой плаценты, хориоамниотитом, эндометритом, сепсисом. Профилактика асфиксии на данном этапе, наряду с этиологической терапией, предполагает ускорение периода раскрытия путем применения родостимулирующих средств, а также препаратов энергетического ряда (глюкозы, АТФ, витаминов).

Особое место в терапии внутриутробной гипоксии должны занимать средства, улучшающие микроциркуляцию в системе фето-плацентарного комплекса (эстрогены, сигетин, эуфиллин, курантил, реополиглюкин, гемодез, неоконпенсан, маннитол, сорбитол и др.). При наличии показаний назначают антибактериальную терапию.

Четвертый этап профилактики составляют мероприятия в периоде изгнания, когда чаще возникает асфиксия циркуляторного характера (короткость, обитие, узел пуповины), преждевременная отслойка плаценты, разрыв сосудов при оболочечном прикреплении пуповины и др. В этом периоде требуется квалифицированное ведение родов с тщательным соблюдением техники акушерских операций, использование комплекса методов, ускоряющих течение периода изгнания («гормональные шпильки» по З. Н. Якубовой, прием Астринского, перинеотомия и др.). Считаем нужным отметить, что к применению вакуум-экстракции плода мы относимся отрицательно.

Большое значение имеет своевременная оценка функционально узкого таза и при головном и, в особенности, при тазовом предлежании.

Чрезвычайно важным является вопрос о продолжительности оживления новорожденных в связи с тяжестью асфиксии. Как известно, хроническая гипоксия и затянувшаяся асфиксия плода являются основным патогенетическим фактором внутричерепных кровоизлияний и подчас необратимых изменений центральной нервной системы. Поэтому реанимацию новорожденных следует проводить не более 7—10 мин. При наркотической депрессии реанимация удлиняется до 15 мин.

После отсасывания слизи из верхних дыхательных путей и трахеобронхиального дерева с помощью электроотсоса производят интубацию и ИВЛ с помощью аппарата «Vita». Одновременно в пупочную вену в определенной последовательности вводят лекарственные препараты: бикарбонат натрия 4% — 10 мл, глюкозу 20% — 20 мл, аналептическую смесь — 1 мл, хлористый кальций 10% — 3 мл, реополиглюкин — 10—20 мл, АТФ — 1—2 мл, кокарбоксилазу — 10 мг, электролиты (хлористый кальций 1% — 10 мл, хлористый калий 5% — 5 мл).

Заслуживает обсуждения вопрос о методах обезболивания при операции кесарева сечения, так как наркотизация матери сопровождается и наркотизацией плода.

Новорожденный рождается в состоянии наркотической депрессии, равнозначной асфиксии.

В течение последнего десятилетия нами широко и успешно применяется при операции кесарева сечения перидуральная анестезия, что способствует снижению процента новорожденных, извлекаемых в состоянии выраженной наркотической депрессии. С целью выведения из этого состояния необходимо проведение реанимационных мероприятий, в частности целесообразно применение 0,5% раствора бемегида, вводимого медленно в пупочную вену в дозе до 0,5 мл. Препарат снимает угнетение дыхания и кровообращения, обусловленное действием барбитуратов и других наркотических средств. Появление судорожных подергиваний конечностей служит сигналом для прекращения введения препарата.

При эндотрахеальном наркозе для снятия остаточной кураризации показано применение 0,05% прозерина (0,1 мл) с предварительным введением 0,3 мл 0,1% атропина, снимающего брадикардию.

Инфузионная и гемотранфузионная терапия в комплексе с ИВЛ позволяет продлить сердечную деятельность до восстановления спонтанного дыхания, оказывает дезинтоксикационный эффект.

Инфузионная терапия новорожденных, родившихся с признаками асфиксии, проводится по тем же правилам, что и для взрослых, однако необходимо соблюдать соответствующие дозировки. В комплекс лечебных мероприятий следует включать средства для защиты печени — глютаминовую, аскорбиновую кислоты и др.

На заключительном этапе инфузионной терапии целесообразно проведение форсированного диуреза, включающего лазикс в дозе 2 мг, эуфиллин 2,4% — 1 мл, маннитол — 1—3 г и др. Данный метод наиболее оправдан при сочетании асфиксии и родовой травмы. Применение лазикса может сопровождаться потерей солей кальция, калия, натрия и, как у взрослых, возникновением хлорпенического синдрома, клиническим признаком которого являются судороги. Возможность возникновения данного синдрома у новорожденных до сих пор не нашла отражения в литературе.

При преждевременных родах с целью профилактики асфиксии и родовой травмы необходимо бережное ведение родов (применение спазмолитиков, ишиоректальная анестезия, ведение периода изгнания без «защиты промежности»; по показаниям проводится перинеотомия).

Следует считать спорной правомерность оценки состояния родившихся недоношенными новорожденных по шкале Апгар. Эмпирический подход к этому вопросу может дезориентировать неонатолога. Недоношенные дети склонны к вторичным приступам асфиксии. На практике наблюдались случаи, когда состояние новорожденного при рождении оценивалось по шкале Апгар в 10 баллов, тем не менее через несколько часов после рождения у недоношенного ребенка возникал тяжелый приступ вторичной асфиксии, из которого его не удавалось вывести, и он погибал.

Последовательность мероприятий по оживлению не должна быть стереотипной: она определяется тяжестью асфиксии. На наш взгляд, не следует игнорировать физиологичный метод Легенченко, за исключением случаев, требующих немедленного пережатия пуповины (несовместимость по резус-фактору и системе ABO).

В заключение следует признать кардинальным вопросом профилактику асфиксии. Реализация этих предложений, по нашему мнению, будет способствовать дальнейшему снижению перинатальной смертности от асфиксии и внутричерепных кровоизлияний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персанинов Л. С., Расстригин Н. Н. Акуш. и гин., 1975, 2. —
2. Савельева Г. М. Там же, 1975, 2. — 3. Серов В. Н., Мучиев Г. С. В кн.: Актуальные вопросы перинатологии. М., Медицина, 1979.

Поступила 11 июля 1980 г.