

3 раза в день; г) рекомендуется 0,1% раствор стрихнина по 1 мл в день подкожно взрослым больным и 0,1 мл один раз в день детям в первый год жизни (детям до 6 месяцев его не назначают), стрихнин можно давать до 2 недель; кроме того, его предписывают внутрь в указанной выше дозе; д) назначают АТФ, рибоксин внутривенно, кордиамин подкожно или внутрь, антигистаминные препараты. После 21-го дня болезни можно давать ретаболил внутрь в течение 10 дней, а также глютаминовую и фолиевую кислоты, панангин, оротат калия, витамины группы В, витамин Е.

3. Полирадикалоновые: а) лечение проводят под наблюдением невропатолога; б) необходим строгий постельный режим; в) с самого начала болезни показаны инъекции стрихнина нитрата, прозерина или галантамина гидробромида, витамины В₁, В₆, трентал внутривенно, внутрь дибазол, мочегонные средства. При нарушении актов глотания и дыхания слизь отсасывают, при необходимости больного переводят на ИВЛ. Обязательны профилактика и лечение пневмонии. До лечения ведут в отделениях нервных болезней.

Санация носителей дифтерийной палочки. После повторного высева ток-

сигенной дифтерийной палочки назначают антибиотики — эритромицин или тетрациклин (взрослым и детям старше 8 лет) в общепринятых дозах в течение 5—7 дней. Одновременно устраняют хронические очаги ЛОР-органов. Контрольный анализ на дифтерийную палочку проводят через 3 дня после отмены антибиотика. Выписывают пациентов после получения 2-кратного отрицательного посева с интервалом в 1—2 дня.

Сроки постельного режима: при локализованной форме — 5—7 дней от начала заболевания, распространенной — 10—14, субтоксической — 25, токсической I степени — 30, II — 30—35, III — 45. Соответственно указанным выше формам дифтерии больных выписывают через 14, 21, 30—35, 35—40, 45—50 и 50—60 дней. Реконвалесцентов дифтерии выписывают после получения 2-кратного отрицательного результата посева на дифтерийную палочку с интервалом в 1—2 дня и контрольной ЭКГ с открытым больничным листом. Рекомендуется диспансеризация всех переболевших дифтерией в зависимости от тяжести формы — от одного до 5—6 месяцев в кабинете инфекционных заболеваний.

Поступила 23.12.94.

УДК 618.3+618.5]—06—055.2—053.7—084

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН

Л. М. Тухватуллина, О. В. Чечулина

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—доц. Л. М. Тухватуллина)
Казанского института усовершенствования врачей*

В настоящее время, несмотря на общую тенденцию к снижению рождаемости в России среди женщин основных групп фертильного возраста, отмечается рост частоты родов у юных. Подростковая беременность, обусловленная ранним началом половой жизни, плохой осведомленностью о методах контрацепции и недостаточно широким их распространением, является весьма серьезной проблемой в области гинекологии [4].

За 30 последних лет доля матерей моложе 20 лет увеличилась с 28,4 до 47,8%. Ежегодно в России рожают около 1,5 тыс. подростков в возрасте 15 лет, 9 тыс. — 16 лет, 30 тыс. — 17

лет. Число детей, рожденных женщинами моложе 18 лет, в общем числе родившихся составляет в среднем 2,3%.

Особенности течения беременности и родов

Беременность у подростков протекает в сложных условиях, обусловленных возрастной функциональной незрелостью, неадекватностью адаптационных механизмов, что неблагоприятно сказывается на течении беременности и родовом акте. Имеет место неудовлетворительное формирование гестационной доминанты, что чревато невынашиванием и отклонением в раз-

витии плода, а в дальнейшем недостаточностью родовой доминанты. Определенную роль играет и возрастная особенность формирования таза. Наблюдаются гипоплазия матки в связи с незавершенностью ее дифференцировки, неустойчивость и напряженность гомеостатических реакций, а также более низкий уровень секреции эстрогенов и прогестерона, который в периоде, предшествующем беременности, предопределяет формирование фетоплацентарной недостаточности, а следовательно, гипоксии и гипотрофии плода [2].

Среди осложнений беременности первое место занимает анемия, которая представляет собой специфическую опасность. Анемия способствует гипоксии плода, преждевременным родам и летальности матери и плода. На втором месте — угроза прерывания (26,6%). У 16—17-летних беременных гестозы отмечены в 2 раза чаще, чем у 20—25-летних беременных контрольной группы, а у родивших до 15 лет — в 2 раза чаще, чем у 16 и 17-летних.

Среди экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречались анемия (у каждой третьей женщины), гипертония, хронический и острый пиелонефрит, хронический тонзиллит, заболевания желудочно-кишечного тракта.

У рожениц в возрасте младше 15 лет имеет место следующая структура основных осложнений в родах: клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери, что является следствием незаконченного роста таза, слабость родовой деятельности; травмы родовых путей; гипотоническое кровотечение. В то же время у рожениц 16—18 лет структура осложнений несколько иная: быстрые роды либо первичная слабость родовой

деятельности; разрывы шейки матки и промежности; гипотоническое кровотечение. Частота осложнений во время беременности и родов достоверно выше в группе младшего возраста (до 15 лет) и при наличии экстрагенитальной патологии.

Диагностика, профилактика и лечение плацентарной недостаточности

Для юных беременных характерно страдание плода в виде его гипоксии и задержки роста вследствие плацентарной недостаточности, поэтому у них очень важно правильно оценить функцию плаценты и провести адекватную терапию ее недостаточности с целью пролонгирования беременности до срока, с которого возможно выхаживание ребенка. Плацентарная недостаточность, как правило, проявляется снижением маточного и фетоплацентарного кровообращения.

Для оценки состояния фетоплацентарной системы и внутриутробного плода проводят исследования сывотки крови на плацентарный лактоген, альфа-фетопротейн, эстрадиол, серотонин на сроках 14—16, 26—28 и 32—34 нед. [1], а также кардиотохограмму (КТГ), сцинтиграфию и доплерометрию плода. Кардиомониторное наблюдение позволяет выявить начальные признаки внутриутробной гипоксии или метаболических нарушений. Оценка КТГ в 8—10 баллов свидетельствует об отсутствии изменений сердечной деятельности у плода, 6—7 — является пограничной и требует профилактического лечения плацентарной недостаточности, 0—5 — указывает на тяжелое состояние плода (табл. 1).

Ультразвуковое сканирование в реальном масштабе времени позволило исследовать большее количество биофизических параметров, дающих представление о внутриутробном состоя-

Таблица 1

Модифицированная шкала Фишера для оценки КТГ плода

Параметры КТГ	Баллы		
	0	1	2
Базальный ритм	Прогрессирующая брадикардия	Персистирующая тахи- и брадикардия	Нормокардия, транзиторная тахи- и брадикардия
Амплитуда осцилляций	Монотонность ритма	Сальтаторный ритм	Вариабельность ритма от 6 до 25 уд./мин
Акселерации	Отсутствуют	Периодические	Спорадические
Децелерации	Поздние атипичные вариабельные	Вариабельные	Отсутствуют
Частота децелераций	Более 75%	50—70%	Менее 50%

Оценка биофизического профиля плода

Параметры	Баллы		
	2	1	0
Нестрессовый тест (НСТ)	Пять акцелераций и более с амплитудой не менее 15 ударов и продолжительностью 15 с, связанных с движениями плода в течение 20 минут	От двух до четырех акцелераций с амплитудой не менее 15 ударов и продолжительностью не менее 15 с, связанных с движениями плода в течение 20 минут	Одна акцелерация или их отсутствие в течение 20 минут
Двигательная активность	Не менее трех больших (туловища и конечностей) эпизодов двигательной активности плода в течение 30 минут. Одновременные движения конечностей и туловища принимаются за одно движение	Одно или два движения плода в течение 30 минут	Отсутствие движений плода в течение 30 минут
Частота ДДП	Не менее одного эпизода дыхательных движений плода продолжительностью не менее 60 с в течение 30 минут	Не менее одного эпизода дыхательных движений плода продолжительностью 30—60 с в течение 30 минут	Отсутствие дыхательных движений плода в течение 30 минут или продолжительностью их менее 30 секунд
Мышечный тонус	Не менее одного эпизода возвращения конечностей плода из разогнутого положения в согнутое, а также один эпизод возвращения позвоночника из разогнутого в согнутое положение	Не менее одного эпизода возвращения конечностей плода из разогнутого положения в согнутое или один эпизод возвращения позвоночника из разогнутого положения в согнутое	Конечности в разогнутом положении. Движения плода не сопровождаются их сгибанием. Раскрытая кисть
Объем околоплодных вод	Жидкость четко определяется в полости матки. Вертикальный диаметр свободного участка вод — 2 см и более	Вертикальный диаметр свободного участка вод — не менее 2 см, дно — более 1 см	Тесное расположение мелких частей плода. Вертикальный диаметр наибольшего свободного участка вод — менее 1 см
Степень зрелости плаценты	0—1	На задней стенке плацента выявляется с трудом; 2-я степень	3-я степень

нии плода так называемого биофизического профиля, весьма показательного для выявления гипоксии на ранних стадиях (табл. 2). Биофизический профиль плода оценивают по балльной системе. Нерактивный НСТ в сочетании с биофизической оценкой в 8 баллов и выше свидетельствует о нормальном состоянии плода, и в этом случае повторное исследование не требуется. При наличии нерактивного НСТ и оценке в 5, 6 или 7 баллов необходимы повторное исследование и профилактическое лечение плацентарной недостаточности. При оценке от 4 до 2 баллов акушерскую тактику выбирают с учетом признаков зрелости плода и степени подготовленности родовых путей. Крайне неблагоприятен прогноз в отношении исхода беремен-

ности при оценке биофизического профиля плода от 0 до 2 баллов, при этом состоянии показано немедленное родоразрешение. Максимальная оценка по всем параметрам составляет 12 баллов.

Сцинтиграфию и доплерометрию применяют с целью оценки состояния кровообращения в плаценте.

При отклонении показателей исследуемых параметров от нормы проводят мероприятия, направленные на улучшение маточно-плацентарного кровообращения следующим путем: расширением сосудов в системе маточно-плодово-плацентарных бассейнов, расслаблением мускулатуры матки, а также улучшением реологических и коагуляционных свойств крови в системе «мать — плацента — плод».

Схема профилактики фетоплацентарной недостаточности

Назначения	Длительность	Способ применения	Срок применения, нед.
Трентал	7—10 дней	внутри по 1 таблетке 2 раза в день	32—34 36—38
Токоферола ацетат	7—10 дней	внутримышечно по 100 мг один раз в день или внутри по одной капсуле 3 раза в день	16—22 32—34
Центральная электроанальгезия	7—10 дней	длительностью от 1—2 ч через день при частоте следования импульсов до 800 Гц	18—20 32—34

Схема лечения при фетоплацентарной недостаточности

Назначения	Длительность	Способ применения
Трентал	от 4 до 6 нед	3—4 инъекции внутривенно по 5 мг на 400 мл раствора (5% глюкозе, 0,9% изотоническом растворе, реополиглюкине), затем перейти на прием внутри по одной таблетке 3 раза в день
Токоферола ацетат	2 нед	внутримышечно по 100 мг 3 раза в день (суточная доза — 300 мг), затем дозу следует снизить до 100 мг один раз в день или внутри по одной капсуле 3 раза в день
Папаверина гидрохлорид или Но-шпа (при отсутствии противопоказаний)	2 нед	подкожно внутримышечно 2% раствор — 2 мл суточной дозы. Внутри по одной таблетке (0,02—0,1) 2 раза в день, внутримышечно 2% раствор — 2 мл суточной дозы. Внутри по одной таблетке (0,04—0,08) 2 раза в день.
Центральная электроанальгезия	от 6 до 7 процедур	20—30 минут в день при частоте от 800 до 1000 Гц.

Для профилактики аномалии родовой деятельности и при необходимости обезболивающего эффекта обязательна центральная электроанальгезия по 20 минут 5—7 процедур при частоте до 2000 Гц.

Показания для профилактической госпитализации беременных в дневной либо однодневный стационар для юных женщин должны быть расширены. Первая госпитализация рекомендуется в I триместре для оценки соматического здоровья юной беременной, вторая — на сроке 18—20 нед с целью выявления осложнений беременности и аномалии развития плода, третья — на сроке 26—28 нед с целью профилактики ОПГ гестоза и анемии, четвертая — на сроке 32—34 нед для определения состояния фетоплацентарного комплекса и признаков гипоксии плода. В случае отклонения от нормального течения беременности показана госпитализация на любых сроках.

Ведение родов и послеродового периода

По мнению большинства авторов, родоразрешение беременных жела-

тельно проводить в высококвалифицированных родовспомогательных учреждениях 2 и 3 этапа. Для благополучного ведения родов необходимы следующие условия: а) регулярное введение спазмолитиков; б) достаточное обезболивание; в) предоставление акушерского сна после 6—8 часов малоэффективной родовой деятельности; г) профилактика гипоксии плода; д) своевременная профилактика гипотонического кровотечения введением утеротонических средств в конце второго периода (желательно метилэргометрина после рождения темных бугров); ж) родоразрешение путем кесарева сечения целесообразно проводить при возникновении акушерского осложнения, угрожающего жизни матери [3].

Вопрос о кормлении грудью решается в зависимости от планов родителей, опекунов или усыновителей ребенка. По отношению к родильницам младше 15 лет, а иногда и более старшим, отказывающимся от детей, применяются меры, направленные на прекращение лактации.

В послеродовом периоде женщина

должна быть осмотрена акушером-гинекологом дважды: в течение 10—12 дней после выписки из стационара и через 6—8 недель после родов. В дальнейшем наблюдение осуществляется один раз в 3 месяца, через год—один раз в год. Необходимо обеспечить наблюдение за несовершеннолетней со стороны терапевта, невропатолога и других специалистов в связи с возможными нарушениями: гипертензией после осложненного течения беременности и родов (у 15%), патологией функции почек и мочевыделительной системы (у 30%), нейроэндокринными расстройствами (у 24—26%).

Период адаптации к внеутробной жизни у детей затягивается. У них меньше масса и длина тела, что является, вероятно, одним из защитных механизмов для юных матерей и их потомства. Дети, рожденные юными матерями, составляют контингент по-

вышенного риска и нуждаются в особом внимании со стороны детских поликлиник.

Итак, необходимо пересмотреть систему оценки социально-биологических пренатальных факторов риска и выделить возраст для матери до 16 лет с оценкой в 4 балла. Юных беременных старше 16 лет следует отнести к группе риска II степени, а младше 16 лет и с ЭГП — к III степени риска родов (высокого и высочайшего).

ЛИТЕРАТУРА

1. Багрян Э. Р., Голубев В. А., Соколова З. П. Гормональные методы диагностики фетоплацентарной недостаточности. — М., 1983.
2. Богданова Е. А. Физиология и патология периода полового созревания. — М., 1980.
3. Гуркин Ю. А. Ювенильная гинекология. — СПб, 1993.
4. Игнатьева Р. К., Инагамов Д. А. Медико-социальные проблемы юного материнства. — М., 1992.

Поступила 20.11.94.

УДК 616—053.31—001.8—036.882—08

РЕАНИМАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ В АСФИКЦИИ

И. Гиволб, А. В. Кузнецова, Д. Г. Межетдинова, И. М. Абдуллин

Отделение интенсивной терапии новорожденных детской клиники (директор — проф. И. Гиволб) Университета штата Мериленд, США, кафедра педиатрии и перинатологии № 2 (зав. — проф. А. В. Кузнецова) Казанского института усовершенствования врачей

Наиболее частой причиной смерти детей первых дней жизни является асфиксия (у 5—7% новорожденных), которой предшествует внутриутробная гипоксия (у 70—80 плодов). Таким образом, значительному числу новорожденных требуются реанимационные мероприятия.

Основные принципы реанимации новорожденных, родившихся в асфиксии, изложенные в статье, базируются на рекомендациях по неонатальной реанимации Американской академии сердца и Американской академии педиатрии, а также на опыте совместной работы сотрудников отделения интенсивной терапии новорожденных детской клиники Университета штата Мериленд и кафедры педиатрии и перинатологии Казанского института усовершенствования врачей.

Вся последовательность действий при неонатальной реанимации основана на трех законах реанимации: 1) освобождение и обеспечение проходимости дыхательных путей; 2) обес-

печение и поддержание дыхания; 3) обеспечение и поддержание кровообращения. Основные этапы реанимации представлены на рисунке. Согласно первому принципу сразу же после рождения ребенку придают правильное положение, выполняют аспирацию содержимого рото- и носоглотки, а при необходимости — интубацию трахеи. Важным моментом является предупреждение тепловых потерь, так как охлаждение ребенка ведет к увеличению потребления им кислорода и усилению обмена веществ. Сразу после рождения температура тела ребенка немного выше, чем у матери. Кроме того, его кожа покрыта амниотической жидкостью и первородной смазкой, поэтому скорость потери тепла у новорожденных в 4 раза выше, чем у взрослых. В обычных условиях родильного отделения (температура воздуха — 20—25°C) после рождения температура кожи у ребенка снижается на 0,3°C, а ректальная — на 0,1°C в минуту. Поэтому сразу же после