

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ, ПРИНЦИПЫ НОВЫХ ПОДХОДОВ В СНИЖЕНИИ УРОВНЯ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЧАСТОТЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Бабкин П.С.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко,
кафедра неврологии, г. Воронеж

В последние годы, несмотря на внедрение все новых технологий в перинатологию, в практику ведения родов, уровень интранатальных нарушений и неврологических расстройств у новорожденных раннего неонатального периода остается высоким (А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов, 2000; Ю.И. Барашнев, 2001). По данным наших исследований совместно с Л.Н. Семенченко (2003), с учетом легких, транзиторных форм нарушений, частота неврологических расстройств у новорожденных первых суток жизни достигает 70%. В настоящей работе дается анализ причин большой частоты отмеченной патологии и обсуждаются новые подходы в ее снижении.

Прежде всего отметим, что физиология родов является более сложной, чем принято считать, а, следовательно, более подверженной нарушениям. Наряду с известными функциональными звеньями (схватки, открытие шейки матки, самопроизвольное вскрытие плодного пузыря, релаксация соединений костей таза, конфигурация головки плода, рефлекторные потуги, биомеханизм), физиология родов, как установлено нами (П.С. Бабкин, 2004), включает интранатальную гибернацию плода (ИНГП), аутоаналгезию роженицы (ААР), функциональную перестройку сегментарного аппарата спинного мозга, воротный механизм рождения плода, обхват, фиксацию плода миометрием, приводящих к разгибанию, выпрямлению позвоночника, туловища его (данное звено родов было выделено Г.Г. Гентером, 1937). В общей сложности физиология родов включает по меньшей мере 12 функциональных звеньев и весьма сложную морфофункциональную иерархию (ЦНС, гипоталамо-гипофизарный комплекс матери и плода, плацента и трудно обозримое множество биологически активных веществ) управления родовыми процессами, механизмами.

В процессе исследований нами установлено, что интранатальные нарушения и неврологические расстройства у родившихся детей в большинстве своем обусловлены не столько той патологией, с которой беременная вступает в роды, сколько ныне господствующими идеологией, тактикой ведения родов, подходами в оценке родовой деятельности в аспектах нормы и патологии и использовании методов акушерской активности. Многолетние исследования, анализ полученных данных привели нас к заключению, что медикаментозная стимуляция открытия шейки матки и/или схваток не влечет за собой закономерного синхронного ускорения развития всех других функциональных звеньев родов. Приведем аргументы. Первое. Физиологам, акушерам не известны пути, механизмы, которые обуславливали бы реализацию обсуждаемой синхронизации. Второе. Эволюция не создала и не могла создать «прозапас» такие механизмы, которые позволяли бы в случае медикаментозной стимуляции открытия шейки матки или схваток обеспечивать синхронное ускорение развития всех других функциональных звеньев родов, поскольку в историческом прошлом роженица не встречалась с веществами, которые в наше время используются в родах и, следовательно, не могли быть выработаны механизмы в направлении обсуждаемой синхронизации. Третье. На фоне медикаментозной стимуляции открытия шейки матки и/или схваток нередко возникают интранатальные нарушения. Чаще они проявляются в том, что второй период не сопровождается рефлекторными (непроизвольными!) потугами и роженица испытывает родовые боли. Параллельно с этим, могут определяться признаки недостаточной релаксации соединений костей таза. Критерием последнего могут быть особенности конфигурации головки плода при ее рождении (выраженная вытянутость ее по вектору большого косога размера при нормальных размерах таза роженицы и головки плода). У родившегося ребенка в этих случаях часто регистрируется ЦНС – кардиореспираторная депрессия. Все отмеченное позволяет заключить, что использование в родах методов акушерской активности, в частности препаратов в целях ускорения открытия шейки матки и/или динамики схваток, не может обуславливать синхронное ускорение развития всех других функциональных звеньев родов и часто приводит к рассогласованию между ними, к развитию интранатальных нарушений.

Назовем основные направления, принципы коррекции идеологии, тактики ведения родов. 1. Программированные роды более целесообразно проводить не в 40, а в 41–42 нед. гестации. Обоснование. Физиологическая беременность может длиться до 42 нед. включительно; ребенок, полученный при искусственном родоразрешении в 40 нед. гестации может иметь признаки незрелости (П.С. Бабкин, 2004). 2. При отсутствии нарушений в течении родов, внимание врача должно быть направлено не столько на ускорение развития родовых процессов, механизмов, сколько на охрану внутренней программы их. При нормальных родах, длящихся до суток, а вместе с прелиминарными проявлениями до 30 часов, латентная фаза может длиться до 10–15 часов. Именно при подобных родах часто ошибочно выносятся заключение о первичной слабости родовой деятельности. За этим обычно следует использование методов акушерской активности, способных обусловить развитие истинных нарушений родовой деятельности. 3. При отсутствии нарушений, угрожающих роженице, плоду не следует прибегать к тактике ограничения продолжительности родов, например 16 часами, путем использования методов акушерской активности, так как в случаях нормальных родов, длящихся до суток подобная тактика будет идти вразрез с внутренней программой родов, приводить к возникновению интранатальных расстройств, к нарушениям у рождающегося плода, родившегося ребенка. 4. Данные наших исследований дают основание поставить вопрос об отказе от широкого использования во втором периоде родов тактики навязывания роженице произвольных натуживаний (женщине предлагается в каждую схватку трижды интенсивно потужиться). Обоснование. При самопроизвольном развитии

родов, т.е. без каких-либо воздействий на роженицу со стороны врача, акушерки второй период, как правило, сопровождается рефлекторными потугами. В случаях же навязывания роженице интенсивных произвольных натуживаний рефлекторные потуги ослабевают вплоть до полного угасания. Заслуживает внимания тот факт, что у других представителей плацентарных, в частности, у крупных домашних животных, второй период реализуется за счет схваток и рефлекторных потуг и, конечно, о произвольных натуживаниях не может быть и речи. В то же время, у животных интранатальные нарушения регистрируются во много раз реже, чем, у человека. 5. Принимая во внимание полифункциональность плодного пузыря и околоплодных вод, охрану внутренней программы родов, родовых механизмов, показания к проведению амниотомии в периоде раскрытия должны быть более строгими. Допустимо полагать, что, так называемые, «плоский» и «вялый» плодный пузырь могут носить адаптационный характер и не должны служить показанием для обязательного проведения амниотомии. 6. В интересах охраны физиологических, рефлекторных механизмов родов следует отказаться от обезболивания (исключение должны составлять случаи родов, сопровождающиеся психомоторным возбуждением роженицы). Важным является тот факт, что родовые боли это не побочный продукт, а физиологический фактор, принимающий самое непосредственное участие в механизмах саморегуляции, саморазвития родов. По данным наших исследований обезболивание родов, в том числе эпидуральное, приводит к торможению ЦНС роженицы и плода, к угнетению рефлекторных потуг, к нарушениям в развитии ИНГП и ААР. 7. Следует отказаться от широкого использования в родах перинео-, эпизиотомии, сокращающих продолжительность второго периода и оказывающих тормозящее влияние на родовые процессы, механизмы. 8. Нуждается в коррекции тактика ведения последового периода: следует отказаться от форсирования его путем энергичных тракций за пуповину при одновременном давлении кулаком над лоном. Не может не насторожить тот факт, что по данным наших исследований, в последние годы средняя продолжительность последового периода составляет 13 мин при первых и 9 мин при повторных родах; длительность последового периода до 10 мин регистрируется в 74,4%.

В заключении отметим, что путь к существенному снижению уровня интранатальных нарушений и частоты неврологических расстройств у новорожденных раннего неонатального периода лежит главным образом через пересмотр ряда положений ныне господствующих идеологии, тактики ведения родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2007. Т. 9. № 4.
2. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2006. Т. 8. № 4.
3. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2005. Т. 7. № 4.
4. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2004. Т. 6. № 4.
5. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2003. Т. 5. № 4.
6. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2002. Т. 4. № 4.
7. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2001. Т. 3. № 4.
8. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2000. Т. 2. № 4.
9. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
10. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
11. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
12. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
13. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
14. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
15. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
16. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.