

Naujagimių gimdymo traumatizmo problema akušerijoje



Monografija "Naujagimių gimdymo traumatizmo problema akušerijoje" skirta vienos iš labiausiai paplitusių naujagimių sergamumo ir mirtingumo priežasčių - gimdymo traumos - prevencijai. Autorius apibrėžia vaikų neurologinių sutrikimų priklausomybę nuo įvairių akušerinių priemonių panaudojimo gimdymo metu, nagrinėja šių pažeidimų susidarymo mechanizmą ir pateikia savo patobulintą gimdymo priėmimo metodiką. Šios metodikos pritaikymas akušerijos praktikoje leis sumažinti naujagimių mirtingumą 1,5-2 kartus, taip pat sumažins sunkiausių vaisiaus nervų sistemos traumų skaičių 4 kartus.

Skiriama gydytojams akušeriams-ginekologams, neurologams, pediatrams, medicinos institutų studentams ir medicinos mokyklų moksleiviams

Naujagimių gimdymo traumatizmo problema akušerijoje

Pratarmė

Iki tam tikro laiko teisingi duomenys pranešimuose apie visuomenės sveikatos būklę buvo slepiami po "pozityvios informacijos" šydu. Tik neseniai mes galėjome objektyviai įvertinti tikrąjį reikalą padėti ir įsitikinti, kad šiuolaikinės medicinos galimybės ir rezultatai neatitinka vis augančių visuomenės poreikių.

Štai tik keletas bendrų skaičių, kurie apibūdina vaikų sveikatos būklę.

A. A. Baranov'o duomenimis, šalyje 2010 m. (1989), buvo 2 milijonai vaikų su negalia nuo gimimo, iš kurių 1 mln. kentė dėl centrinės nervų sistemos pažeidimų. Tik nedidelė dalis šių vaikų yra globjami sutrikusio intelekto vaikų globos namuose-internatuose - žymiai daugiau vaikų su raidos sutrikimais yra auklėjami namų sąlygomis. Sveikatos apsaugos ministerijos vyriausio šalies vaikų neuropatologo akademiko L. Badalian'o paskaičiavimais, globos namuose-internatuose šiuo metu yra maždaug 47 tūkstančiai vaikų, kurių išlaikymas kainuoja valstybei 97 - 98 mln. rublių per metus. G. Saveljeva atliko 638 vaikų, kurių gimdymas vyko be jokių sutrikimų, apklausą: pas 140 iš jų (22%) nustatytos įvairaus laipsnio neurologinės patologijos. Vienuose iš geriausių gimdymo namų Maskvoje, kur perinatalinis mirtingumas siekia tik 8%, profesorė I. S. Sidorova nustatė

smegenų kraujotakos sutrikimus pas 36,8% naujagimių, kurie išgyveno. Profesoriaus A. Ratner'io ir jo mokinių nuomone, neurologinės patologijas galima rasti pas 20-25% visų naujagimių.

Maskvoje atlikus vaikų iki 1 metų apžiūras, vyriausio šalies vaikų neurologo vadovaujami specialistai aptiko aiškiai išreikštas patologijas pas 3,6% vaikų, 70% vaikų pateko į neurologinių susirgimų didelės rizikos grupę, 40 % turi psichomotorinės raidos problemų, kurioms reikalinga korekcija. Būtent iš pastarosios grupės vėliau išauga mažamečiai nusikaltėliai. Tokio pobūdžio informacija iškelia daug klausimų ir sukelia nemažai prieštarų diskusijų tarp gydytojų, ypač tarp akušerių ir neonatologų. Vaisiaus apsauga gimdymo metu - viena iš svarbiausių ir jautriausių problemų šiuolaikinėje akušerijoje. Kulminaciniu momentu, į kurį motina ėjo 9 mėnesius, viltys, kurias puoselėjo naujagimio šeima, dažnai sudūžta ir akimirksniu subyra į dulkes - vaikas gimsta su gimdymo trauma. Neįmanoma aprašyti šeimos sielvartą, akušeris suglumęs – gimdymas vyko normaliai, buvo taikomos tokiais atvejais priimtoms akušerinės pagalbos priemonės – kokia tokio liūdno rezultato priežastis?

Dėl visų naujagimio neurologinių bėdų dažnai visai nepagrįstai yra kaltinamas akušerijos skyrius. Ir yra neįvertinamas išorinės ir vidinės aplinkos daugybės ante ir intranatalinių veiksnių poveikis vaisiui, įskaitant jo nervų sistemai. 80% ligų tiesiogiai ar netiesiogiai yra susijusios su išorinės aplinkos poveikiu. Yra tūkstančiai pramoninės kilmės nuodų, išmetamų į mus supančią aplinką, kurie yra potencialiai teratogeniški. Šie cheminiai junginiai daro savo neigiamą poveikį tam tikroms gyventojų grupėms ne tik dirbančioms įmonėse, bet ir gyvenančioms šių įmonių apylinkėse.

Ekologinės katastrofos sukelia neįprastus, anksčiau nežinomus susirgimus. Pavyzdžiui, Salavat'o mieste – pramonės gigante pas kas antrą vaiką yra sutinkami neuropatologų nepaaiškinami nerviniai tikai, milžiniškas sutrikusio intelekto vaikų procentas. Vaikų sergamumas ne tik neturi tendencijos mažėti, tačiau, priešingai, kasmet auga. Tai tik vienas pavyzdys iš daugelio. Akivaizdu, naujagimių susirgimų neurologinėmis ligomis šiuo atveju negalima paaiškinti tik akušerijos paslaugų trūkumais, yra tikėtinas, pirmiausiai, "pramoninis" (vaizdingu akademiko V. Tabolino pavadinimu) vaisiaus vystymosi sindromas.

Šiais laikais daugiau kaip 80% nėščių moterų vartoja narkotikus, kurių pavojaus laipsnis nėra patikimai įvertintas. Nėra įrodytas nei vieno vaistinio preparato visiškas nekenksmingumas motinai ir vaisiui. Net medikų bendruomenės sluoksniuose pakankamai paviršutiniškai yra vertinami medikamentinės terapijos neigiamas poveikis vaisiui ir egzistuojanti reali grėsmė visuomenei dėl nepilnaverčių palikuonių gimimo. Medikamentinė terapija gali pasireikšti ne tik vaiko akivaizdžiais, matomais raidos sutrikimais (kas pastebima nedažnai), bet dažniau latentiniais organų ir sistemų defektais. Farmakologai vartoja posakį "elgesio reakcijų teratologija". Naujo termino būtinybę padiktavo atsiradę įrodymai, kad cheminių preparatų vartojimas fetaliniu vaisiaus vystymosi laikotarpiu gali sukelti pokyčius vaiko elgesio reakcijose ir psichikoje - vaikai tampa agresyvūs, žiaurūs, neadekvatūs santykiuose su savo bendraamžiais ir tėvais. Tai dažniausiai vaistiniai preparatai, veikiantys centrinės nervų sistemos formavimąsi - morfinas, opiatai, alkoholis, nikotinas ir pan.

Akušeris gali skirti vienus ar kitus vaistus tik tuo atveju, jei jis yra visiškai įsitikinęs, kad vaistai nepadarys jokios neigiamos įtakos dar negimusiam vaikui, neturės jokio embrio- arba teratogeninio poveikio.

Šiuo požiūriu verta paminėti "auksinę" akušerijos klasikų taisyklę – medikamentinę terapiją nėščiosioms skirti galima tik pasibaigus pagrindinių vaisiaus organų ir sistemų formavimosi laikotarpiui, t.y. po ketvirto nėštumo mėnesio.

Didelę reikšmę turi intranataliniai vaisiaus pažeidimai. Esant motinos dubens ir kūdikio galvutės disproporcijai, staigių gimdymų atvejais galimi tiek galvos smegenų, tiek ir stuburo smegenų trauminiai sužalojimai. Kiekvieno vaisiaus kaukolė normalaus gimdymo proceso metu keičia formą – yra suspaudžiama. Didžiausio galvutės suspaudimo momentu slėgis kaukolės kaulams padidėja, anot V. Abramčenko, iki 5-10 kg. N. Kigreka nuomone, nėra nei vieno gimdymo, kuriu metu neįvyktų bent minimalių kraujo makro ir mikrocirkuliacijos sutrikimų.

Vaikų neurologų, neonatologų, akušerių problema yra ta, kad mes negalime susitarti dėl vienodos bendros terminologijos apibrėždami eilę vaisiaus ir naujagimių būsenos patologijų.

Naujagimystės laikotarpiu gali įvykti vaiko neurologinės būsenos pokyčiai, kurie savo klinikiniais ir morfologiniais požymiais yra panašūs į gimdymo traumas. Kartais šie pokyčiai yra laikomi gimdymo traumomis arba yra įvardinami tokiais aptakiais amorfiniais pavadinimais kaip encefalopatija, vaikų cerebrinis paralyžius (VCP) ir pan. Šiuose pavadinimuose atsispindi sunkumai, kurie kyla nustatant gyvų kūdikių centrinės nervų sistemos (CNS) pažeidimų priežastis ir lokalizaciją.

Literatūroje šioms būsenoms apibūdinti oficialiai priimta vartoti terminą - gimdymo trauma. Tačiau šis terminas apima plačią perinatalinių vaisiaus nervų sistemos pažeidimų grupę ir neparodo vaisiaus pažeidimų atsiradimo laiko ir mechanizmo. Mes galvojame yra tikslinga pateikti mūsų sudarytą vaisiaus ir naujagimio nervų sistemos gimdymo traumų klasifikaciją, kuri atitinka aukščiau minėtus reikalavimus.

Turinys:

Pratarmė

Istorinė apžvalga

Gimdymo priėmimas galvytės pirmėigos atvejais ir vaikų traumatizmas

Prognozė naujagimiams, gimusiems sėdmenų pirmėiga

Vaikų, gimusių cezario pjūvio būdu, būklė

Vakuuminė ekstrakcija ir akušerinės replės. Kas geriau?

Neurologija akušeriams

Netikėti gimdymų namuose rezultatai

Gimdymo traumos eksperimentinis modelis

Vaisiaus, gimusio galvine pirmėiga, traumų profilaktikos būdai

Gimdyvės poza

Tarpvietės apsauga

Vaikų, gimusių sėdmenų pirmėiga, sergamumo ir mirtingumo sumažinimas

Vaisiaus, gimusio Cezario pjūvio operacijos būdu, traumatizmo sumažinimo rezervai

Gautų rezultatų palyginimas

Baigiamasis žodis

Literatūra

Naujagimių nervų sistemos pažeidimų klasifikacija (etiologinė)

Antenatalinis vaisiaus pažeidimas:

1. genetiniai sutrikimai,
2. gametopatijos, blastopatijos,
3. embriopatijos, fetopatijos, kurias sukelia vaistinių preparatų vartojimas nėštumo metu,
4. pramoninis vaisiaus sindromas,
5. vaisiaus alkoholinis sindromas,
6. vaisiaus hipoksija,
7. hipovitaminozė, prasta nėščiosios mityba,
8. ekstragenitalinė patologija, nėštumo komplikacijos,
9. vaisiaus intrauterininė infekcija.

Intranatalinis pažeidimas:

1. gimimo trauma - vaisiaus pažeidimas jam judant gimdymo taku,
2. akušerijos trauma dėl netinkamų ar staigių gydytojo ar akušerės veiksmų,
3. hipoksinė (biocheminė) vaisiaus trauma,
4. gimdymo komplikacijos.

Postnatalinis pažeidimas:

1. neuroinfekcija,
2. intoksikacija,
3. mechaninė trauma,
4. medikamentinė intoksikacija dėl motinos vartojamų vaistų žindymo laikotarpiu.

Vaisiaus centrinės nervų sistemos pažeidimai gali pasireikšti 50% antenataliniu, 35% - intranataliniu ir 15% - postnataliniu laikotarpiu.

Pateiktos klasifikacijos bet kurio nozologinio vieneto diferencialinė diagnostika yra labai sudėtinga, o kai kuriais atvejais ir neįmanoma. Tik esant papildomais tyrimo metodais gautiems duomenims (deja, daugumai gimdymo namų yra prieinami tik radiologiniai ir patomorfologiniai metodai), lyginant juos su akušerinės pagalbos pobūdžiu (traukos už pirmeigės vaisiaus dalies jėga, klaidingi akušerio veiksmai, ir pan.), būtina kuo greičiau diagnozuoti gimdymo akušerijos traumą ir taikyti reabilitacinę terapiją.

Parsisiųsti knygą: Naujagimių gimdymo traumatizmo akušerijos problema. Chasanov A.A.

A.A Chasanov'as

**NAUJAGIMIŲ
GIMDYMO
TRAUMATIZMO
PROBLEMA
AKUŠERIJOJE**



A.A.CHASANOV'AS

NAUJAGIMIŲ
GIMDYMO
TRAUMATIZMO
PROBLEMA
AKUŠERIJOJE



- ИЗДАТЕЛЬСТВО
КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
1992

*Išleista pagal Kazanės universiteto
leidyklos redakcijos tarybos rekomendaciją*

Mokslinis redaktorius — profesorius A. J. Ratner'is

Recenzentai: profesorius S.V. Malcev'as
profesorius Z.Š. Giliazutdinova

Monografija skirta vienos iš dažniausiai sutinkamų naujagimių sergamumo ir mirtingumo priežasčių – gimdymo traumų – prevencijai. Autorius apibrėžia vaikų neurologinių sutrikimų priklausomybę nuo įvairių akušerinių priemonių panaudojimo gimdymo metu, nagrinėja šių pažeidimų susidarymo mechanizmą ir pateikia savo patobulintą gimdymo priėmimo metodiką. Šios metodikos pritaikymas akušerijos praktikoje leis sumažinti naujagimių mirtingumą 1,5-2 kartus, taip pat sumažins sunkiausių vaisiaus nervų sistemos traumų skaičių 4 kartus.

Skirta gydytojams akušeriams-ginekologams, neurologams, pediatrams, medicinos institutų studentams ir medicinos mokyklų moksleiviams

ISBN 5-7464-0889-1

©A.A. Chasanov, 1992

X 4108160000—053
075 (02)-92 КБ-II

119-1992

Iš rusų kalbos vertė Jonas Kovalskis

Pratarmė

Maxima debetur puero
reverentia¹
Juvenalis, XIV am.

Iki tam tikro laiko teisingi duomenys pranešimuose apie visuomenės sveikatos būklę buvo slepiami po "pozityvios informacijos" šydu. Tik 1988 – 1989 metais atsirado galimybė objektyviai įvertinti tikrąjį reikalą padėti ir įsitikinti, kad šiuolaikinės medicinos galimybės ir rezultatai neatitinka vis augančių visuomenės poreikių.

Štai tik keletas bendrų skaičių, kurie apibūdina vaikų sveikatos būklę.

A. A. Baranov'o duomenimis, šalyje 1989 m. buvo 2 milijonai vaikų su negalia nuo gimimo, iš kurių 1 mln. buvo su centrinės nervų sistemos pažeidimais. Tik nedidelė dalis šių vaikų yra globojami sutrikusio intelekto vaikų globos namuose-internatuose - žymiai daugiau vaikų su raidos sutrikimais yra auklėjami namų sąlygomis. Sveikatos apsaugos ministerijos vyriausio šalies vaikų neuropatologo akademiko L. Badalian'o paskaičiavimais, globos namuose-internatuose šiuo metu yra maždaug 47 tūkstančiai vaikų, kurių išlaikymas kainuoja valstybei 97 - 98 mln. rublių per metus. G. Saveljeva atliko 638 vaikų, kurių gimdymas vyko be jokių sutrikimų, apklausą: pas 140 iš jų (22%) nustatytos įvairaus laipsnio neurologinės patologijos. Vienuose iš geriausių gimdymo namų Maskvoje, kur perinatalinis mirtingumas siekia tik 8%, profesorė I. S. Sidorova nustatė smegenų kraujotakos sutrikimus pas 36,8% naujagimių, kurie išgyveno. Profesoriaus A. Ratner'io ir jo mokinių nuomone, neurologines patologijas galima rasti pas 20-25% visų naujagimių.

Maskvoje atlikus vaikų iki 1 metų apžiūras, vyriausio šalies vaikų neurologo vadovaujami specialistai aptiko aiškiai išreikštas patologijas pas 3,6% vaikų, 70% vaikų pateko į neurologinių susirgimų didelės rizikos grupę, 40 % turi psichomotorinės raidos problemų, kurioms reikalinga korekcija. Būtent iš pastarosios grupės vėliau išauga mažamečiai nusikaltėliai. Tokio pobūdžio informacija iškelia daug klausimų ir sukelia nemažai prieštarų diskusijų tarp gydytojų, ypač tarp akušerių ir neonatologų. Vaisiaus apsauga gimdymo metu - viena iš svarbiausių ir jautriausių problemų šiuolaikinėje akušerijoje. Kulminaciniu momentu, į kurį motina ėjo 9 mėnesius, viltys, kurias puoselėjo naujagimio šeima, dažnai sudūžta ir akimirksniu subyra į dulkes - vaikas gimsta su gimdymo trauma. Neįmanoma aprašyti šeimos sielvartą, akušeris suglumęs – gimdymas vyko normaliai, buvo taikomos tokiais atvejais priimtose akušerinės pagalbos gimdymui priemonės – kokia tokio liūdno rezultato priežastis?

Dėl visų naujagimio neurologinių bėdų dažnai visai nepagrįstai yra kaltinamas akušerijos skyrius. Ir yra neįvertinamas išorinės ir vidinės aplinkos daugybės ante- ir intranatalinių veiksmų poveikis vaisiui, įskaitant jo nervų sistemai. 80% ligų tiesiogiai ar netiesiogiai yra susijusios su išorinės aplinkos poveikiu. Yra tūkstančiai pramoninės kilmės nuodų, išmetamų į mus supančią

¹ – Vaikus reikia gerbti (lot.)

aplinką, kurie yra potencialiai teratogeniški. Šie cheminiai junginiai daro savo neigiamą poveikį tam tikroms gyventojų grupėms ne tik dirbančioms įmonėse, bet ir gyvenančioms šių įmonių apylinkėse.

Ekologinė katastrofa sukelia neįprastus, anksčiau nežinomus susirgimus. Pavyzdžiui, Salavat'o mieste – pramonės gigante pas kas antrą vaiką yra sutinkami neuropatologų nepaaiškinami nerviniai tikai, milžiniškas sutrikusio intelekto vaikų procentas. Vaikų sergamumas ne tik neturi tendencijos mažėti, tačiau, priešingai, kasmet auga. Tai tik vienas pavyzdys iš daugelio tokių. Akivaizdu, naujagimių susirgimų neurologinėmis ligomis šiuo atveju negalima paaiškinti tik akušerijos paslaugų trūkumais, yra tikėtinas, pirmiausiai, "pramoninis" (vaizdingu akademiko V. Tabolino pavadinimu) vaisiaus vystymosi sindromas.

Šiais laikais daugiau kaip 80% nėščių moterų vartoja narkotikus, kurių pavojaus laipsnis nėra patikimai įvertintas. Nėra įrodytas nei vieno vaistinio preparato visiškai nekenksmingumas motinai ir vaisiui. Net medikų bendruomenės sluoksniuose pakankamai paviršutiniškai yra vertinami medikamentinės terapijos neigiamas poveikis vaisiui ir egzistuojanti reali grėsmė visuomenei dėl nepilnaverčių palikuonių gimimo. Medikamentinė terapija gali pasireikšti ne tik vaiko akivaizdžiais, matomais raidos sutrikimais (kas pastebima ne taip dažnai), bet dažniau latentiniais organų ir sistemų defektais. Farmakologai vartoja posakį "elgesio reakcijų teratologija". Naujo termino būtinybę padiktavo atsiradę įrodymai, kad cheminių preparatų vartojimas fetaliniu vaisiaus vystymosi laikotarpiu gali sukelti pokyčius vaiko elgesio reakcijose ir psichikoje - vaikai tampa agresyvūs, žiaurūs, neadekvatūs santykiuose su savo bendraamžiais ir tėvais. Tai dažniausiai vaistiniai preparatai, veikiantys centrinės nervų sistemos formavimąsi - morfinas, opiatai, alkoholis, nikotinas ir pan.

Akušeris gali skirti vienus ar kitus vaistus tik tuo atveju, jei jis yra visiškai įsitikinęs, kad vaistai nepadarys jokios neigiamos įtakos dar negimusiam vaikui, neturės jokio embrio- arba teratogeninio poveikio.

Šiuo požiūriu verta paminėti "auksinę" akušerijos klasikų taisyklę – medikamentinę terapiją nėščiosioms galima skirti tik pasibaigus vaisiaus pagrindinių organų ir sistemų formavimosi laikotarpiui, t.y. po ketvirto nėštumo mėnesio.

Didelę reikšmę turi intranataliniai vaisiaus pažeidimai. Esant motinos dubens ir kūdikio galvutės disproporcijai, staigių gimdymų atvejais galimi tiek galvos smegenų, tiek ir stuburo smegenų trauminiai sužalojimai. Kiekvieno vaisiaus kaukolė normalaus gimdymo proceso metu keičia formą – yra suspaudžiama. Didžiausio galvutės suspaudimo momentu slėgis kaukolės kaulams padidėja, anot V. Abramčenko, iki 5-10 kg. N. Kigrek'o nuomone, nėra nei vieno gimdymo, kuriu metu neįvyktų bent minimalių kraujo makro ir mikrocirkuliacijos sutrikimų.

Vaikų neurologų, neonatologų, akušerių problema yra ta, kad mes negalime susitarti dėl vienodos bendros terminologijos apibrėždami eilę vaisiaus ir naujagimių būsenos patologijų.

Naujagimystės laikotarpiu gali įvykti vaiko neurologinės būsenos pokyčiai, kurie savo klinikiniais ir morfologiniais požymiais yra panašūs į gimdymo traumas. Kartais šie pokyčiai yra laikomi gimdymo traumomis arba yra įvardinami tokiais aptakiais amorfiniais pavadinimais kaip encefalopatija, vaikų cerebrinis paralyžius (VCP) ir pan. Šiuose pavadinimuose atsispindi sunkumai, kurie kyla nustatant gyvų kūdikių centrinės nervų sistemos (CNS) pažeidimų priežastis ir lokalizaciją.

Literatūroje šioms būsenoms apibūdinti oficialiai priimta vartoti terminą - gimdymo trauma. Tačiau šis terminas apima plačią perinatalinių vaisiaus nervų sistemos pažeidimų grupę ir neparodo vaisiaus pažeidimų atsiradimo laiko ir mechanizmo. Mes galvojame yra tikslinga pateikti mūsų sudarytą vaisiaus ir naujagimio nervų sistemos gimdymo traumų klasifikaciją, kuri atitinka aukščiau minėtus reikalavimus.

Naujagimių nervų sistemos pažeidimų klasifikacija (etiologinė)

Antenatalinis vaisiaus pažeidimas:

1. genetiniai sutrikimai,
2. gametopatijos, blastopatijos,
3. embriopatijos, fetopatijos, kurias sukelia vaistinių preparatų vartojimas nėštumo metu,
4. pramoninis vaisiaus sindromas,
5. vaisiaus alkoholinis sindromas,
6. vaisiaus hipoksija,
7. hipovitaminozė, prasta nėščiosios mityba,
8. ekstragenitalinė patologija, nėštumo komplikacijos,
9. vaisiaus intrauterinė infekcija.

Intranatalinis pažeidimas:

1. gimimo trauma - vaisiaus pažeidimas jam judant gimdymo taku,
2. akušerijos trauma dėl netinkamų ar staigių gydytojo ar akušerės veiksmų,
3. hipoksinė (biocheminė) vaisiaus trauma,
4. gimdymo komplikacijos.

Postnatalinis pažeidimas:

1. neuroinfekcija,
2. intoksikacija,
3. mechaninė trauma,
4. medikamentinė intoksikacija dėl motinos vartojamų vaistų žindymo laikotarpiu.

Vaisiaus centrinės nervų sistemos pažeidimai gali pasireikšti 50% antenataliniu, 35% - intranataliniu ir 15% - postnataliniu laikotarpiu.

Pateiktos klasifikacijos bet kurio nozologinio vieneto diferencialinė diagnostika yra labai sudėtinga, o kai kuriais atvejais ir neįmanoma. Tik esant papildomais tyrimo metodais gautiems duomenims (deja, daugumai gimdymo namų yra prieinami tik radiologiniai ir patomorfologiniai metodai), lyginant juos su akušerinės pagalbos pobūdžiu (traukos už pirmeigės vaisiaus dalies jėga, klaidingi akušerio veiksmai, ir pan.), būtina kuo greičiau diagnozuoti gimdymo akušerijos traumą ir taikyti reabilitacinę terapiją.

Negyvų kūdikių gimstamumo ir ankstyvojo vaikų mirtingumo sumažinimas – yra vienas iš svarbiausių šių laikų akušerijos tikslų.

Didelis rezervas mažinant perinatalinį sergamumą ir mirtingumą yra naujų efektyvių motinos ir vaisiaus sveikatos apsaugos metodų kūrimas ir jų diegimas gimdymų praktikoje bei eilės akušerijos taktikos klausimų peržiūra, siekiant sumažinti gimdymų traumatizmo lygį. Prieš daugelį metų gimdymo traumas buvo labai dažnas reiškinys, o per pastaruosius 2-3 dešimtmečius jie minimi vis rečiau. Tik 1970-ųjų metų pabaigoje atsirado vėl įtikinamų įrodymų, kad gimdymo traumatizmas, deja, neišnyko - jis ir toliau yra viena iš aktualiausių akušerijos problemų ir reikalauja parengti racionalias priemones, kurios leistų ženkliai sumažinti "labiausiai paplitusio nacionalio susirgimo" dažnį (M.D. Gutner'is, 1945).

Duomenys apie nervų sistemos gimdymo traumų dažnį yra labai prieštaringi. Taip, pagal D. Beneševos ir bendraautorį duomenis (1963), galvos smegenų traumas gimdymo metu pasitaiko 2-3% gimdymų metu, pagal K. Kloos (1974) duomenis - 10%. Duomenų apie stuburo smegenų gimdymo traumas iki šiol nebuvo jokių, išskyrus pavienių publikacijų duomenis. T.G. Molotilova (1972), A. J. Ratner'is (1975, 1990), E. J. Demidov'as (1975), M. K. Michailovas (1986) teigia, kad stuburo smegenys gimdymų metu yra pažeidžiamos dažniausiai ir tokie sužalojimus patiria 8-20% visų naujagimių. Literatūroje yra labai mažai publikacijų, nagrinėjančių šią problemą iš akušerio perspektyvos, nėra jokių tyrimų, kurie tirtų stuburo smegenų traumų mechanizmą ir galimybes užkirsti kelią joms įvykti. M. D. Gutner'is teisingai pabrėžia, kad akušeriui yra labai svarbu žinoti visus traumuojančius gimdymo akto metu veiksnius, kad išmokti su jais kovoti. G. M. Saveljeva rekomenduoja kritiškai įvertinti nusistovėjusius požiūrius akušerijoje - tai ypač aktualu kuriant netraumuojančio antrojo gimdymo etapo metodiką.

Perinatalogijos problemos, ypač naujagimių ir kūdikių neurologija, reikalauja bendrų įvairaus profilio specialistų – vaikų neuropatologų, akušerių-ginekologų, pediatrų, morfologų ir pan. - pastangų.

Nervų sistemos perinatalinės patologijos vystymosi tyrimas rodo, kad šios patologijos genezę sudaro keli etapai. Daugiau nei prieš šimtą metų E. Kennedy (1836) pirmą kartą aprašė naujagimių smegenų ir stuburo apopleksiją. T. Parrot'as (1943) naujagimių neurologinių patologijų atsiradimą susiejo su vaisiaus patirtomis natalinėmis traumomis. Išsamesnį naujagimių stuburo pažeidimų aprašymą davė E. Little (1870). F. Statzenberg'as (1911) stuburo smegenų pažeidimus gimdymo metu nurodė, kad yra labai daug vaikų – „gimdymo traumų aukų“. Leningrado akušerio M. D. Gutner'io monografijoje, išleistoje 1945 metais, vaisiaus ir naujagimio gimimo traumas yra apibūdinamos kaip "labiausiai paplitusi liaudies liga". Autorius teigė, kad daugelis gimimo traumų atvejų yra slepiamos po asfikcijos kauke.

1959 metais R. Jates'o knygoje pabrėžiama, kad visų rūšių gimdymo metu didžiausias trauminis poveikis tenka vaisiaus kaklui; autorius glumina mokslinių tyrimų šiuo klausimu stoka. A. Rissman'as 1930 m. nurodė, kad būtina planingai vykdyti stuburo kaklo slankstelių skrodimą siekiant tiksliai nustatyti naujagimio mirties priežastį, tačiau iki šiol daugumoje prozektorių žuvusių naujagimių stuburo kanalo atidarymai nėra atliekami, ir naujagimių stuburo traumų problemai dauguma vaikų neuropatologų, patologoanatomų, akušerių vis dar neskiria dėmesio.

Specialių stuburo smegenų gimimo traumų problemos patomorfologinių tyrimų, sprendžiant pagal paskelbtus darbus, yra nedaug. Vienas iš pirmųjų darbų priklauso A. Yllpo (1919), kuris nustatė didesnę nugaros smegenų sužalojimų kiekį pas neišnešiotus kūdikius. S. Coutelle (1968) atliko didelio skaičiaus mokslinių tyrimų analizę ir nustatė hemoragijas stuburo kanale 84,5% kūdikių skrodimo atvejų, iš kurių 25% atvejų buvo nustatytos hemoragijos stuburo arterijų kanale ir 10,6% pačioje stuburo smegenų masėje. Šie tyrimai įrodo ne tik stuburo smegenų gimimo traumų egzistavimą, bet ir jų aukštą dažnį.

Visų autorių, kurie tyrinėjo stuburo smegenų traumas, stebėjimų duomenys rodo, kad ši patologijos rūšis yra labai dažnai aptinkama tiek pas išnešiotus, tiek ir pas neišnešiotus kūdikius.

G. Joppich (1968) pažymi įvairių akušerinės pagalbos priemonių, kurios gali sužaloti vaisiaus stuburo smegenis, traumatiškumą. Įdomų darbą parašė P. Jates (1959), kuris patvirtino dažnai sutinkamus natalinius spinalinius pažeidimus ir pirmasis atskleidė vaisiaus stuburo arterijų traumų, kurias gimdymo metu dažnai patiria vaisius, vaidmenį. Autorė konstatavo, kad net minimalūs stuburo arterijų sienelių pažeidimai gali sukelti rimtus galvos smegenų kraujotakos sutrikimus. Glaudžiai prigludusios prie kaulinių darinių ir savo kelyje darydamos keturis vingius, stuburo arterijos lengvai patiria kompresijos poveikį. 1903 metais C. Gegenbaur rašė, kad pasukus galvą įvyksta stuburo arterijų suspaudimas, iššaukiantis galvos smegenų išemijos simptomus. W. Kunnert (1961) manė, kad galvutės pasukimai, ypatingai kartu su kaklo atlenkimu, žymiai sulėtina kraujo tekėjimą abiejose stuburo arterijose.

N.V. Vereščagin'o, A.N. Koltover'o (1966) nuomone, smegenų pažeidimus gali sukelti patologiniai stuburo arterijų perlenkimai. Autoriai labai prisidėjo išaiškinant šį klausimą. Jie nustatė, kad didžiausi kraujotakos apsunkinimai, net kraujotakos sustabdymas kai kuriais atvejais, stuburo arterijose įvyksta, kai galva yra jėga pasukama palenkiant ją į priešingą pusę, o taip pat pasukus galvą į šoną atlenkiant kaklą. Nugaros ir galvos smegenų apytakos sutrikimai ypatingai ryškiai pasireiškia tais atvejais, kai smegenų kraujotaka pasiekia kritinį lygį. Tokiais atvejais labai greitai sustoja nestabili smegenų kraujotakos kompensacija (N.V. Vereščagin, 1980).

Didelę įtaką smegenų hemodinamikos sutrikimams ir nervų ląstelių pažeidimams turi galvos ir nugaros smegenų indų spazmai. W. Kunnert'as (1966) aiškina arterijų spazmus tuo, kad stuburo arterijų sienose yra stuburo glomusai, užtikrinantys vegetatyvinę arterijų reguliaciją; menkiausias šio glomuso sudirginimas suspaudus arteriją sukelia jos spazmus. Taip pat, net nedidelė hemoragija stuburo arterijos sienelės srityje iššaukia stuburo nervo iritaciją, kuri savo ruožtu sukelia stuburo arterijų spazmą, o šis toliau išsivysto į stuburo išemiją smegenų kamieno srityje, kaklo stuburo slankstelių ir galvos smegenų dariniuose, kurie yra aprūpinami krauju iš šio kraujagyslių baseino. Vėliau analogiškas išvadas padarė N.K. Bogolepov'as (1971), E. V. Schmidt'as (1976). E. J. Demidov'as (1974, 1975, 1976), remdamasis morfologinių tyrimų rezultatais, patvirtino gimdymo metu dažniau pasikartojantį nugaros smegenų ir stuburo arterijų traumatizmą. Makroskopiniai stuburo kanalo pokyčiai buvo nustatyti 45% visų skrodimų atvejais. Bendrame skaičiuje epiduralinis ir subduralinis kraujavimas nustatytas 89 stuburo smegenų skrodimų atvejais iš 124.

Dėl stuburo arterijų traumos pažeidus kaklo sustorėjimo nugaros smegenų hemodinamiką naujagimiui gali išsivystyti kvėpavimo sutrikimų sindromas. Šis teiginys tampa suprantamu susipažinus su N.G. Palenovos (1963) tyrimų rezultatais, kuri įrodė, kad ankstyvojo amžiaus

vaikams atlikti kvėpavimo judesius pagrindinė funkcija tenka diafragminio nervo branduoliui. N.G. Palenova nustatė, kad priekinių nugaros smegenų ragų ląstelės ties C4 segmentu (kur yra diafragminio nervo branduolys), yra ypatingai jautrios išemijai, ir diafragminio nervo ląsteles ji vertina kaip naujagimio spinalinį kvėpavimo centrą. Atsižvelgiant į tai, kad būtent vaisiaus C4 – C6 nugaros smegenų segmentui tenka didžiausias krūvis gimdymo metu, tampa suprantamas dažnesnis kvėpavimų sutrikimų pasikartojimas pas vaikus dėl šio nugaros smegenų segmento sužalojimo gimdymo metu.

Pirmąją publikaciją apie kliniškes nugaros smegenų natolinių spinalinių sužalojimų ypatybes rusų literatūroje paskelbė A. J. Ratner'is ir T. E. Molotilov'a (1972).

Statistiniai duomenys rodo labai platų vaisiaus gimdymo traumų pasikartojimų dažnumo diapazoną. Anksčiau, kai vyravo nuomonė, kad žala vaisiui gimdymo proceso metu dažniausiai padaroma dėl stiprios mechaninės jėgos poveikio jam (T.N. Čebotarevskaja, 1923) gimdymo traumų pasikartojimų dažnumas naujagimių mirtingumo priežasčių tarpe užėmė pirmaujančias pozicijas.

Taip M.D.Gutner'io (1945) duomenimis gimdymo trauma sudarė 30,5%, A.F. Tur'o (1955) - 32.2%. Tačiau priežastys, sukeliančios gimdymo traumas, buvo peržiūrėtos. L.S. Persijaninov'as (1961, 1967), S. L. Keylin'as (1967) galvojo, kad iš gimdymo traumų įtaka kraujo išsiliejimo į smegenų audinius etiologijoje yra perdėta. Didžiausią įtaką hemoragijų atsiradimui, šių tyrėjų nuomone, turi vaisiaus kraujotakos sutrikimai, hemodinamikos sutrikimai, deguonies trūkumas ir su tuo susijusi vaisiaus hipoksija (N. I. Popova, 1965). Matomai dėl to gimimo trauma vaisiaus mirties priežasčių tarpe O.V. Makejev'o (1957) duomenimis, buvo tik 0,6-0,9% , o A.A.Lebedev'os (1974) - 1,81%. Daugelyje panašių publikacijų visai nėra minimos gimimo traumos, o didžioji dauguma naujagimių mirčių yra vadinama labai plačia sąvoka - "vaisiaus asfiksija".

J.I. Barašnev'as (1966), V.I. Griščenko, A.F. Jakovcev'as (1978) teisingai galvoja, kad perinatalinio mirtingumo priežasčių aiškos analizės trūkumas veda prie to, kad vaisiaus hipoksija užima pakankamai svarbią vietą. Tuo pačiu metu nervų sistemos pažeidimų, kuriuos patiria vaisius gimdymo metu, požymiai galima aptikti pas 20% visų naujagimių (L.O. Badalian'as, 1986).

J.M. Melnikovas ir bendraautorių (1979) nuomone, asfikcijos dažnis turi tendenciją mažėti, o gimimo traumų kaip perinatalinės mirties priežasties skaičius auga. A.A. Rasskazova (1975) teigia, kad natalinės prigimties įvairaus sunkumo nugaros smegenų pažeidimų požymius galima aptikti pas 30-35% naujagimių. Atlikęs 200 vaikų, turinčių nugaros smegenų gimdymo traumų pasekmes, rentgenologinius tyrimus, M. K. Michailov'as (1986) nustatė, kad labiausiai traumuojama yra stuburo kaklo sritis (62%), vienu metu pažeidžiamų galvos ir nugaros smegenų sužalojimai aptikti 18,5% atvejų, kaklo ir juosmens pažeidimai - 12,5%, tik juosmens - 7%. 93% ištirtų atvejų sužalojimų lokalizacija izoliuotai arba kartu buvo stuburo kaklo srityje. Ypač smarkiai padidėja vaisiaus gimimo traumos tikimybė priešlaikinio gimdymo atvejais.

Neišnešiotų kūdikių perinatalinis mirtingumas svyruoja nuo 23,3% iki 24,8%, dažniausia neišnešiotų kūdikių mirties priežastis, daugelio autorių nuomone, yra centrinės nervų sistemos gimdymo trauma. Pasak A. J. Ratner'io (1978, 1990), A. Yllpo (1916), neišnešiotiems kūdikiams dažniausiai traumuojamos stuburo smegenys dėl to, kad vaisiaus širdies ir kraujagyslių sistema nėra

pakankamai išsivysčiusi (E.R. Novikova, 1978) ir dėl ypatingo indų trapumo, dėl ko neišnešioti vaisiaus audiniai, konkrečiai smegenų indų sistema, yra ypatingai neatsparūs mechaninės jėgos poveikiui. Tarp neišnešiotų vaikų žymiai dažniau aptinkami nervų psichiniai vystymosi nukrypimai nei pas išnešiotus (T.B. Abraškina, 1983), kas yra susiję, E.P. Bombardyrovos nuomone (1974), ne su nepakankamu brandumu, bet su gimdymo metu patirtomis traumomis. Antrasis laikotarpis yra ypač pavojingas nesubrendusiam vaisiui. Gimdymo akto metu neišnešioti kūdikiai lengvai pažeidžiami dėl nepakankamo jų kaukolės kaulo tankio, plačių tarpkaulinių siūlių ir momenėlių (V. F. Kokolina, 1978).

Pastaraisiais metais literatūroje gana mažai buvo paskelbta publikacijų apie gimimo traumų mechanizmą. S.M.Bekker'is (1978) teisingai mano, kad akušerijos galimybės išsaugoti gimstantį vaisių dar nėra visos išnaudotos. Akušerijos menas yra, N.S. Bakšjev'o (1973), I. N. Medvedev'o (1973) nuomone, ne tik tame, kad vaikas gimtų gyvas, bet ir, svarbiausia, "kad jis būtų sveikas ir pilnavertis". Analizuodamas vaikų sveikatos pirmųjų 10 jų gyvenimo metų tyrimų rezultatus, S. M. Bekker'is (1978) pažymėjo santykinai labai didelę vaisiaus nervų sistemos ligų dalį. Autoriaus duomenimis, kuo didesnis yra perinatalinis mirtingumas, tuo mažesnis vėliau vaikų sergamumas, ir atvirkščiai, - esant perinatalinio mirtingumo mažam skaičiui sergamumas yra didesnis. Šis faktas leido M.A. Petrov'ui-Maslakov'ui (1965) iškelti klausimą apie tai, kokia kaina kartais yra pasiekiamas perinatalinio mirtingumo sumažinimas – ar tik ne išsaugant kai kuriais atvejais gyvybę sunkiai gimdymo metu traumotam kūdikiui?

Aukščiau pateikta istorinė apžvalga rodo didesnę gimdymo metu patirtų vaisiaus nugaros smegenų traumų ir stuburo arterijų traumų tikimybę. Tačiau, nepaisant to, kad yra tyrinėjimų, nušviečiančių problemos morfologinį poveikslą, klinikinę diagnostiką, natolinių spinalinių sužeidimų simptomatiką, vis dar labai nedaug tyrimų, kurie analizuoja šių traumų patogenezę. Tuo tarpu patogenezės tyrimai yra labai svarbūs jų prevencijai.

GIMDYMO EIGA IR VAIKŲ TRAUMATIZMAS GALVINĖS PIRMEIGOS ATVEJAI

Fiziologinėmis sąlygomis vaisiaus
išstūmimas vyksta gamtos sukurta
tobulčiausia forma

E. Bumm'as, 1912 m.

Vaisiaus gimdymo traumų profilaktika yra labai glaudžiai susijusi gimdymo gimdymo eiga ir jo valdymo ypatybėmis. V. Bodiazina teigia, kad akušerinės pagalbos teikimo principų ir metodų tobulinimas šiuo metu yra svarbiausia tyrimų kryptis, kuri reikalauja tolesnių tyrimų. Tai taip pat pasakytina ir apie gimdymo biomechanizmo tyrinėjimus, kuriuos būtina papildyti naujais duomenimis.

Didžiausias vaisiaus mirties procentas tenka antrajam periodui. Šios problemos tyrimų istorijos analizė rodo, kad pirmieji bandymai patobulinti gimdymo valdymo metodus buvo nukreipti daugiau apsaugoti tarpvietę nei vaisiaus interesus. Taip G.M. de la Motte, R. Jiffar (1732-1734), o Rusijoje N.M.Ambodik (1754), pirmą kartą, kad išvengti tarpvietės plyšimų, pasiūlė ją palaikyti tiesiogiai ranka. Be abejo, toks pasiūlymas tuo laikotarpiu buvo progresyvus reiškinys: žymiai sumažėjo bjaurojančių moteris tarpvietės plyšimų. Vėlesniais metais buvo pasiūlyta daugybė įvairių priemonių tarpviete apsaugoti, kurios buvo nukreiptos pirmiausiai apsaugoti moterį nuo gimdymo takų minkštųjų audinių plyšimų. Tuo pačiu metu rūpestis dėl gyvo pilnaverčio kūdikio gimimo atitraukdavo į antrą planą.

1856 m. S. Ritgen pasiūlė būdą palaipsniui išvesti vaisiaus galvutę paūžių tarp sąrėmių metu, dešine ranka nuo tarpvietės pusės spaudžiant vaisiaus smakrą. V. Olshausen'o 1895 metais pasiūlytas "rektalinis būdas" buvo ypatingas tuo, kad smilčius ir didysis pirštai buvo kiek įmanoma giliau įvedami į gimdyvės tiesiąją žarną ir iš ten buvo spaudžiamas vaisiui smakras. A. Rudolf (1916), A. Satus (1916), H. Sachs (1927) siūlė atsidarymo ir vaisiaus galvutės išvedimo momentu rankomis praplėsti įėjimą į makštį.

Minėti tarpvietės apsaugos metodai buvo labai traumuojantys vaisių ir pirmoje vietoje buvo skirti apsaugoti moteris. Šiuo metu akušerinė pagalba - tarpvietės apsauga ar gimdymo priėmimas vaisiaus galvinės pirmėigos atvejais – yra nukreipta reguliuoti besiskverbiančios galvutės judėjimą ir užkirsti kelią jos pirmalaikiam atsilenkimui. Ši pagalba taikoma pagal tris visuotinai pripažintas ir rekomenduojamas vadovėliuose įvairias modifikacijas. Pirmasis metodas yra kontroliuoti galvos prasiskverbimą tik viena ranka, uždėta ant besiskverbiančios galvos, tokiu būdu stabdomas pastarosios pernelyg spartus skverbimasis. Stiprių sąrėmių atvejais rekomenduojama akušerei kaire ranka sulenkti galvą link tarpvietės taip, kad vaisius skverbtųsi savo mažiausiu dydžiu.

Antrosios modifikacijos būdu akušerė stovėdama šonu prie gimdyvės galvos, dešinės rankos delnu su plačiai atlenktu nykščiu apima tarpvietę ir spausdama priešinga kryptimi stengiasi pristabdyti priešlaikinę galvutės atsilenkimą, palikdama laisvą kelią pakaušiui.

Ir galiausiai, trečiuoju būdu, labiausiai paplitusiu pastaraisiais metais, dešinė akušerės ranka dedama ant tarpvietės, o kairė ranka tuo metu yra dedama ant pasirodžiusio vaisiaus pakaušio iš viršaus. Tarpvietės palaikymas atliekamas sąveikaujant abiem rankomis, kur kairė ranka vaidina pagrindinį vaidmenį - ji sąrėmių metu lenkia galvutę pakaušiu link įsčių. Dešinė ranka padeda kairei, papildomai per tarpvietės audinius lenkdama galvą ir spausdama vaisiaus viršugalvį bei kaktą.

Visi autoriai rekomenduoja atlikti galvutės palenkimą tarpvietės link tam, kad galvutė skverbtųsi savo mažiausia apimtimi (32 cm), praeidama mažuoju įstrižuoju dydžiu. Šiam tikslui (siekiant išsaugoti nepažeistą vulvos žiedą) neva yra būtina maksimaliai palenkti pirmyn vaisiaus galvutę. Po to paūžių tarp stangų metu rekomenduojama atlikti taip vadinamą "audinio suėmimą", paeiliui kaire arba dešine ranka atsargiai atstumti minkštuosius gimdymo kanalo audinius. Kai tik pakaušio duobutė priartėja po gaktos sąvarža, o šonuose jau galima apčiuopti viršugalvio nelygumus, pereinama prie kito momento - vaisiaus galvutės išvedimo iš lytinio plyšio. Gimdyvei uždraudžia stangintis. Atsargiai atlaisvinami viršugalvio nelygumai nustumiant nuo jų šoninius

vulvos žiedo pakraščius. Po to vaisiaus galvutę rekomenduojama apimti kaire ranka ir palaipsniui ištiesinti pakaušiu įsčių link tuo pačiu metu dešine ranka nuo jos nustumiant tarpvietės audinius.

Užgimus galvutei pereinama prie sekančio gimdymo priėmimo momento – vaisiaus pečių juostos išlaisvinimo. Rekomenduojama sulaukti savarankiško pečių gimimo. Jų gimimo uždelsimo atveju galvutė patraukiama žemyn, t.y., atliekama galvutės atrakcija (kaip rekomenduoja visi anksčiau paminėti autoriai) tol, kol priekinis petys nepasieks gaktos sąvaržos, tada galvute prikeliamą į viršų, kol užgimsta užpakalinis petys. Pastarąjį galima išvesti ir kitu būdu: galvutė apimama kaire ranka ir palenkiamama į viršų, dešine ranka nuo peties nustumiami tarpvietės audiniai. Jei šiais veiksmais pečių nepavyksta išvesti, iš nugarytės pusės įvedamas smilius į priekinio peties pažasties duobę, gimdyvei siūloma stangintis ir tuo metu traukiama už peties, kol jis nepasieks gaktos sąvaržos. Po to išlaisvinamas užpakalinis petys.

Užgimus pečių juostai abiem rankomis apimama vaisiaus krūtinės lasta, liemuo nukreipiamas į viršų ir vaisius išimamas.

Tokiu būdu, šiuo metu gimdymo namuose yra dažnai taikoma tarpvietės apsauga, susidedanti iš keturių elementų: maksimalaus galvutės palenkimo tarpvietės kryptimi; maksimalaus jos atlenkimo pakaušiu gaktos link; pečių juostos išvedimas traukiant už galvutės ir vaisiaus liemens gimimas traukiant už pečių juostos.

Tačiau šalia teigiamų tarpvietės apsaugos savybių mokslininkai kartu pažymėjo ir jos neigiamus požymius. Dar 1907 metais P.I. Dobrynin'as, o vėliau 1909 metais F. Schauta nurodė, kad traukimas už vaisiaus galvutės gali sukelti kaklo stuburo slankstelių išvaržas, kraujavimą vaisiaus stuburo smegenų kanalo membranose. S.A. Fraiman'as (1956) atliko 7000 gimdymų priėmimų be tarpvietės apsaugos, ko pasekoje perinatalinis mirtingumas sumažėjo beveik dvigubai. Kefalohematomų skaičius sumažėjo 4 kartus, asfiksijų skaičius - 2 kartus, intrakranijinių kraujavimų dėl gimimo traumos skaičius sumažėjo beveik 4 kartus. Autorius mano, kad gimdymo priėmimas su tarpvietės apsauga yra kenksmingas vaisiui, nes priverstinis sulaikymas ir užgimstančios galvutės palenkimas prailgina gimdymo antrojo etapo laiką ir padidina asfiksijos galimybę, o taip pat intrakranijinės hemoragijos tikimybę.

Šiuo požiūriu negalima nesutikti su M.D. Gutner'iu (1945), tvirtinančiu, kad akušeriui yra labai svarbu žinoti, kokie gimdymo akto momentai ir kokios gimdymo proceso komplikacijos yra traumuojantys vaisių. Deja, kaip rodo literatūros analizė, duomenų apie gimdymo metu vaisiaus patiriamų stuburo ir stuburo smegenų pažeidimų patogenezę ir kiek traumatiškos yra plačiai taikomos akušerinės manipuliacijos, praktiškai nėra. Atsižvelgiant į tai, gimdymo priėmimo metodų, kurie padėtų sumažinti vaisiaus stuburo traumų ir nugaros smegenų tikimybę ir tuo pačiu perinatalinio mirtingumo lygį, sukūrimas yra aktualus uždavinys.

Siekdami įvertinti, kaip dažnai gimdymo metu atliekamos įvairios akušerinės manipuliacijos bei gimdymai be akušerinės intervencijos sukelia naujagimiams nugaros smegenų pažeidimus ir siekdami nustatyti tokių pažeidimų lokalizaciją, mes užsibrėžėme sau užduotį kruopščiai stebėti visus akušerės arba gydytojo-akušerio veiksmus antrajame gimdymo etape 500 gimdymų be jokios išankstinės atrankos metu, o vėliau įvertinti naujagimystės laikotarpio neurologinę simptomatiką ir

tada bandyti palyginti ją su gimdymo priėmimo ypatybėmis. Šiuo tikslu mes atlikome naujagimių neurologinę apžiūrą pirmą jų gyvenimo dieną, o vėliau 2-3 kartus iki jų išvykimo iš ligoninės.

Neurologinis tyrimas buvo atliktas per 1,5-2 valandas po maitinimo, kai naujagimis buvo ramus. Tyrimas buvo atliekamas pakankamai apšviestame kambaryje esant oro temperatūrai 25-27 ° C paguldžius kūdikį ant vystymo stalo. Pirmiausiai buvo tiriami visi refleksai gulint ant nugaros, po to - vertikaloje padėtyje kojomis žemyn ir galiausiai - gulint ant pilvo. Visi kūdikiai, kuriems neurologinė simptomatika pasireiškė po 3-6 gyvenimo mėnesių, mūsų buvo nukreipti į vaikų neurologijos kliniką: kai kuriais atvejais – ambulatorinei konsultacijai, o kiti - stacionariniam gydymui. Šiems vaikams buvo taikomi visi adekvatūs papildomi tyrimo metodai. Tik 4 iš 218 mūsų nukreiptų konsultuotacijai į neurologines klinikas vaikų buvo pakoreguotos neurologinės būklės detalės. Kitiems vaikams mūsų pirminė diagnozė ir klinikos diagnozė sutapo.

Kaip jau buvo minėta, gimdymai nebuvo mūsų kokiu nors būdu atrinkti, o vyko keletoje Kazanės miesto gimdymo namų (gimdymo namai Nr. Nr. 3, 4, Kazanės gydytojų tobulinimosi valstybinio instituto Akušerijos ir ginekologijos katedros gimdymo skyrius Nr.1) pagal standartinę metodiką be jokių mūsų pasiūlytų rekomendacijų.

Iš 338 vaikų, gimusių galvine pirmeiga, 225 naujagimiams nervų sistemos gimdymo traumos požymių pastebėta nebuvo. Šie vaikai sudarė pirmąją grupę. Likusiems 113 (33,4%) vaikų, kurie sudarė antrąją grupę, buvo nustatyti įvairaus sunkumo vienoki ar kitokie galvos ar stuburo smegenų pažeidimų požymiai. Būtina paminėti, kad mes įtraukėme į šią grupę ir tuos vaikus, kurių neurologiniai simptomai buvo ne tokie ryškūs ir per pirmuosius gyvenimo mėnesius palaipsniui išnykdavo, tačiau tai būdavo židininė neurologinė simptomatika, ji rodė nervų sistemos pažeidimo židinį, o jos laipsniškas sumažėjimas liudijo, kad įvykę pakitimai yra grįžtamojo pobūdžio.

Didžioji dauguma pirmosios grupės motinų (162) (vaikai, kurių neturėjo neurologinių sutrikimų) buvo 21-29 metų amžiaus (72%), 32 moterys (14,2%) buvo jaunesnės nei 20 metų, 31 (13,8%) - vyresnės nei 30 metų. Vidutinis šios grupės motinų amžius buvo 25,6 metai. Komplikacijos nėštumo metu buvo konstatuotos 62 (27,5%) iš 225 moterų, iš kurių ankstyvosios toksikozės – 14 moterų, vėlyvosios toksikozės – 18, nėščiųjų anemija - 8, persileidimo pavojus buvo 16, vienkovių ar kitokių komplikacijų derinys konstatuotas 6 moterims. Atskirais atvejais (14 iš 225) nėštumas komplikavosi atsitiktinėmis adenovirusinėmis infekcijomis.

105 moterys (46,7%) gimė pirmą kartą, 120 (53,3%) - pakartotinai. Tarp pakartotinai gimdžiusių 67 savo anamnezėje turėjo abortus. 3 iš 120 motinų ankstesnių gimdymų metu vaikai gimė su galvos smegenų gimdymo traumų požymiais.

17 iš 225 pirmosios grupės moterų (7,6%) turėjo I laipsnio dubens susiaurėjimus (12 – tolygiai siauras dubuo, 3 – paprastas plokščias, 2 – įstrižai susiaurėjęs, asimetrinis). 165 moterims iš šios grupės gimdymai vyko normaliai be komplikacijų (73,3%), su komplikacijomis - 60 vaikų (26,7%). Komplikacijos buvo šios: greiti gimdymai (18), staigūs (5), silpna gimdymo veikla (15), bevandenis gimdymo periodas ilgesnis nei 12 val. (17), užsitęsęs gimdymas (13). 14 vaikų (6,2%) buvo diagnozuota intrakanalinė ūminė hipoksija, kuri vėliau 10 iš naujagimių buvo hipoksijos priežastimi. Vaisiaus hipoksijos gydymas buvo atliekamas įprastiniais metodais.

Galvytės pasirodymo momentu 16% gimdymų teko skubiai praplėsti vulvos žiedą (28 gimdyvėms atlikta epiziotomija, 8 - perineotomija). 36 (16%) gimdyvėms įvyko I-II laipsnio tarpvietės plyšimai. Naujagimių būklė pagal Apgar skalę buvo įvertinta: 133 - 8-9 balai, 77 - 5-7 balai, ir tik 15 - 0-4 balai. Naujagimių reanimacija iškilus būtinybei buvo taikoma pagal įprastą schemą. 218 vaikų iš pirmosios grupės gimė galvine pirmeiga, 7 – sėdmenine pakaušio pirmeiga. 12 gimusių vaikų (5,3%) masė buvo mažesnė nei

2450 gramų, 192 (85,3%) svėrė nuo 2500 iki 3900 g, ir 21 kūdikis (9,4%) - virš 4000 g. 14 vaikų gimė neišnešioti (6,2 %), laiku gimė- 192 (85,3%), pernešioti - 19 (8,5%). Iš 225 kūdikių buvo 127 berniukai ir 98 mergaitės.

Kaip jau buvo minėta, antrąją grupę sudarė 113 vaikų, kuriems pirmosiomis gyvenimo dienomis buvo konstatuoti galvos ir stuburo smegenų pažeidimų simptomai. Vidutinis moterų amžius šioje grupėje buvo 26,3 metų. Esantys nežymūs abiejų šių grupių moterų amžiaus skirtumai nelaikytini esminiais ir principiniais vertinant neurologinių patologijų atsiradimo priežastis.

Nėštumo komplikacijos buvo pastebėtos pas 42 antrosios grupės moteris (37,2%): ankstyvosios (12) ir vėlyvosios (16) toksikozės, anemija nėštumo metu (2), persileidimo grėsmė (6), komplikacijų derinys (6). 10 moterų nėštumą komplikavo interkurentinės infekcijos. Taigi, antrojoje grupėje nėštumo komplikacijos pasitaikė žymiai dažniau, ir tai negalėjo neįtakoti gimdymo sunkumo bei neurologinių patologijų išsivystymo laipsnio.

75 antrosios grupės moterys (66,4%) gimdė pirmą kartą, 38 (33,6%) - du ir daugiau kartų. 27 pakartotinai gimdžiusių moterų anamnezėje buvo abortai. Dubens I laipsnio susiaurėjimai aptikti beveik tuo pačiu dažniu, kaip ir pirmosios grupės moterų tarpe – pas 8 moteris (7,1%): 6 – hipoplastinio tipo, 2 - paprasto plokščio dubens tipo. Laiku gimė 91 vaikas, neišnešioti - 13, pernešioti - 9 vaikai. 75 vaikų gimė normalaus gimdymo būdu, 38 - komplikoto gimdymo. Iš komplikacijų nustatyti greiti (15) ir staigūs (2) gimdymai, silpna gimdymo veikla (14), iš jų silpnos stangos - 10, ilgas bevandenis periodas daugiau nei 12 valandų (20 atvejų), užsitęsęs gimdymas (13 atvejų) ir 1 atvejis priešlaikinio placentos atsiskyrimo nuo apatinės sienelės.

107 antrosios grupės vaikai gimė priekiniu vaizdu, 4 – galiniu vaizdu pakaušio pirmeiga, dar 2 vaikai - viršugalvio pirmeiga. Operatyvinis vulvos žiedo galvytės išstūmimo metu buvo atliktas 10 moterų (8,8%); epiziotomijos - 7, perineotomija - 3. 13 gimdyvių (11,5%) įvyko tarpvietės plyšimas pirmo (8) ir antro (5) laipsnių. Vaisiaus hipoksija atpažinta pas 8 vaikus (7,1%), kas 7 iš jų nulėmė gimimo hipoksiją. Berniukai gimė 55, mergaitės - 58.

Naujagimių būklė pagal Apgar skalę buvo įvertinta: 8-9 balai buvo 55 kūdikiams, 45 kūdikių buklė atitiko 5-7 balus ir 13 vaikų - 0 - 4 balai. 11 vaikų (9,7%) kūno svoris buvo mažesnis nei 2450 g, 85 (75,2%) - buvo apie 2500-3950 g, 17 vaikų (15,1%) didesnis nei 4000 g. Nukrypimai nuo normalaus kūno svorio antrosios grupės naujagimiams buvo didesnis nei pirmosios grupės vaikų. Šį faktą turi būti atsižvelgiama vertinant šios grupės naujagimių nervų sistemos patologijų priežastis.

Kaip jau buvo pažymėta pradžioje, antrosios grupės vaikų neurologinė simptomatika rodė galvos ir stuburo smegenų sunkios natalinės patologijos požymius. 30 iš 107 vaikų (26,5%) neurologinė simptomatika parodė sunkią nervų sistemos patologiją: pas 7 vaikus dominavo galvos smegenų pažeidimo požymiai, pas 23 vaikus vyravo nugaros smegenų traumų simptomai. Likusiems 85 vaikams (73,5%) tie patys simptomai buvo silpniau išreikšti ir palaipsniui per kelias savaites ar mėnesius sumažėjo arba išnyko (2 vaikų - galvos smegenų traumos simptomai, 81 - nugaros smegenų pažeidimų).

Mūsų gauti rezultatai neprieštarauja gerai žinomiems pastaraisiais metais faktams, kad nataliniai stuburo smegenų pažeidimai dėl gimdymo mechanizmo ypatumų yra sutinkami žymiai

dažniau, nei galvos smegenų pažeidimai. Mūsų stebėjimai, kaip ir kitų autorių, rodo, kad dominuoja kaklo srities stuburo smegenų sustorėjimo pažeidimai (diagnozuota 49 kūdikiams). Tipiškiausias simptomų kompleksas, kuris buvo aptinkamas pas mūsų stebėtus vaikus su nataline kaklo srities nugaros smegenų trauma buvo tetraparezė – vangus rankų paralyžius ir spazminis kojose. Jis rodo, kad procese daugiausiai dalyvauja kaklo srities sustorėjimo nugaros smegenys ir buvo nustatytas 22 visų stebėjimų atvejais.

Kitas kaklo srities stuburo ir stuburo arterijų pažeidimų variantas, kuris buvo aprašytas V.I. Marulinos (1980), yra miotoninis sindromas, rodantis galvos smegenų kamieno tinklinio darinio išemiją. Tokiems kūdikiams yra būdinga difuzinė raumenų hipotonija, pasireiškianti alkūnės ir kelio sąnarių rekurvacija, varlės laikysena, susilankstymo reiškinys. Vėlesnio stacionarinio neurologinio tyrimo metu būten pas šiuos vaikus dažnai būdavo nustatomi būdingi kaklo spondilogramų pokyčiai ir stuburo arterijų išemijos REG-požymiai. Miotoninis sindromas mūsų buvo nustatytas iš viso pas 27 naujagimius.

Mūsų stebėjimų metu krūtinės srities kaulų smegenų natalinio pažeidimo požymiai buvo nustatyti mažesnio skaičiaus atvejais: 28 iš 110 vaikų turėjo apatinę spazminę paraparezę be rankų judėjimo funkcijos sutrikimų bei su išsaugota kaukolės inervacija. Dar 3 vaikams nustatyti požymiai, rodantys galimai esantį juosmens srities stuburo smegenų sustorėjimo pažeidimą. Pas 33 vaikus buvo spinalinių simptomų derinys tiek cervikalinėje, tiek ir liubalinėje lokalizacijose.

Gautų duomenų analizė sako tai, kad galvinės pirmegos atvejais nugaros smegenų gimdymo traumos labai dažnos ir priklauso nuo kelių veiksnių. Taip, kuo vyresnio amžiaus gimdyvė, tuo didesnė traumos tikimybė, ir šiuo atveju ypatingai dažnai traumuojami kūdikiai, kuriuos pirmą kartą gimdo moterys vyresnės nei 35 metų amžiaus. Taip, mūsų nuomone, yra todėl, kad šiame amžiuje moters gimdymo takai paranda elastingumą ir akušerės taiko aktyvesnes tarpvietės apsaugos priemones ir maksimaliai lenkia vaisiaus galvytę (čia kaip tik veikia tarpvietės išsaugojimo „bet kokia kaina“ principas). Tokioms gimdyvėms dažniau kyla sunkumų ir išimant vaisiaus pečių juostą, todėl akušerė išima vaisių su žymiai didesnės jėgos traukimais.

Yra gerai žinoma, dažniau traumuojami vaikai, gimstantys pirmojo gimdymo metu, ir tai galima paaiškinti pernelyg dideliu akušerės uolumu apsaugoti tarpvietę. Gimdymo traumų dažnumas žymiai išauga neišnešiotiems vaikams (mūsų duomenimis - iki 48,2%). Veiksniai, lemiantys tokių vaikų traumatizmą, yra šių vaikų širdies ir kraujagyslių sistemos nebrandumas ir ypatingas indų trapumas, dėl ko neišnešioti vaisiaus audiniai, o ypatingai galvos ir nugaros smegenų kraujagyslių sistemos, yra nepaprastai neatsparios mechaninės jėgos poveikiui. Neišnešioti vaikai dažniausiai yra pažeidžiami dėl nepakankamo kaukolės kaulo tankio, plačių tarpkaulinių siūlių ir momenėlių.

Pas didelio svorio naujagimius nugaros smegenų traumų požymiai, mūsų duomenimis, būdavo pastebimi du kartus dažniau nei pas naujagimius, kurių svoris buvo nuo 2900 iki 3800 g, ir traumų lokalizacija buvo kaklo slankstelių srityje. Šie duomenys sutampa su literatūroje skelbtais ir yra paaiškinami dubens-galvos disproporcija bei dideliais sunkumais stambaus vaisiaus išstūmimo metu, ypatingai vaisiaus pečių juostos. Nugaros smegenų natalinio nepilnavertiškumo dažnumas ypatingai išauga pernešiotų vaikų tarpe (50,1%) dėl, matomai, traumuojančių faktorių buvimo - lėtinės hipoksijos ir sumažėjusio galvytės gebėjimo keisti konfigūraciją.

Kai kurios nėštumo komplikacijos (gripas, nėštumo nutraukimo grėsmė) taip pat turi įtakos gimimo traumų dažniui, jį didina. Kaip matyti iš anksčiau pateiktų duomenų, dažniau yra traumuojami kūdikiai, gimę komplikuoto gimdymo metu. Ypatingą vietą priežasčių, sukeliančių traumas, struktūroje užima tokios komplikacijos, kaip greitas, staigus ir užsitęsęs gimdymas, silpna gimdymo veikla, komplikacijos, sukeliančios vaisiaus hipoksiją (priešlaikinis placentos atsiskyrimas, nieščiujų neuropatija, anemija), bevandenis periodas ilgesnis nei 12 valandų.

Galvos ir nugaros smegenų gimdymo traumų genezėje ypatinga vieta tenka vaisiaus ir naujagimio hipoksijai. Kai kurių autorių nuomone, naujagimių neurologinių patologijų atsiradimo priežasčių tarpe hipoksija užima vienintelę ar pagrindinę vietą. Su šiuo požiūriu sunku sutikti, nes mūsų duomenys neleidžia mums atsekti aiškų ryšį tarp vaisiaus hipoksijos atvejų dažnyms ir nugaros smegenų gimdymo traumų (pavyzdžiui, gimdymo traumų dažnumas pas sveikus vaikus ir vaikus, kurie patyrė hipoksiją, pagal mūsų duomenis, yra atitinkamai 33,2% ir 36,4%). Vaisiaus hipoksija, kilusi dėl mikrocirkuliacijos sutrikimų, padidėjusio kraujagyslių pralaidumo ir kraujo transudacijos, mūsų nuomone, gali būti mechaninės traumos veiksmų.

Esant aukštai, standžiai arba patinusiai tarpviete neretai galvytė, sutikusi pernelyg stiprų pasipriešinimą, jį įveikia pati, suplėšydama tarpvietės minkštuosius audinius, tokiu būdu sukurdamą palankesnes sąlygas pečių juostos ir apatinės liemens dalies gimimui. Toks rezultatas yra mažiau palankus motinai, tačiau yra palankesnis vaisiui, kadangi tarpvietės išsaugojimas "bet kokia kaina" kartais pasiekiamas vaisiaus traumavimo kaina. Tokią išvadą mes padarėme gautų duomenų pagrindu. Taigi, 49 gimdyvės, gimdymo metu patyrusios tarpvietės I-II laipsnio plyšimus pagimdė 13 vaikų (26,5%) su nugaros smegenų traumomis, tuo metu kai gimdyvės, kurioms tarpvietė buvo išsaugota, tokių vaikų, mūsų stebėjimų duomenimis, pagimdė 37%.

Chirurginis vulvos žiedo išplėtimas (epizio- arba perineotomija) padeda sumažinti tiek galvos, tiek ir nugaros smegenų gimdymo traumas dažnį, ir yra palankesnis motinai nei tarpvietės plyšimas. Pavyzdžiui, 46 gimdyvės, kurioms buvo atliktos epizio- ar perineotomijos, nugaros smegenų traumas buvo aptiktos pas 21,7% vaikų, o tuo pačiu metu pas analogišką kontingentą gimdyvių be tokios operacijos neurologinės patologijos buvo nustatytos pas 37,0% vaikų.

Mažiausias nugaros smegenų natalinės patologijos išsvystymo rizikos laipsnis mūsų buvo nustatytas pas vaikus, kurie svėrė nuo 2900 iki 3700 g, gimusių pakartotinių savalaikių gimdymų metu priekiniu vaizdu pakaušio pirmeiga 19-32 metų amžiaus moterims.

Tokiu būdu, dalis galvos ir stuburo smegenų vaikų gimdymo traumų gali būti susiję su nėštumo arba gimdymo komplikacijomis (58 iš 113 vaikų su nervų sistemos pažeidimais). Vertinant nugaros smegenų gimdymo traumų priežastis tik iš antenatalinių faktorių pozicijos, neįmanoma paaiškinti 45 normaliai išnešiotų, svėrusių nuo 2500 ir 3900 g, gimusių normalių nėštumų ir gimdymų naujagimių traumatizmo. Šiuo atžvilgiu verta prisiminti A.S. Slepich (1978) teiginį apie naujagimių traumavimo galimybę gimdymo metu dėl įvairių faktorių poveikio, tame tarpe ir dėl akušerės ar akušerio veiksmų.

Gimdymas be akušerio pagalbos yra laikomas spontanišku, bet mes manome, kad gimdymo namuose spontaniškų gimdymų, kaip taisyklė, nebūna. Akušerė paprastai visada aktyviai dalyvauja vaiko gimime, ir jį priimti naudoja savo rankų jėgą.

Mūsų nuomone, stuburo, stuburo arterijų ir stuburo smegenų gimdymo traumas vaisiui galvine pirmėiga gali sukelti šios akušerinės pagalbos priemonės ir būdai.

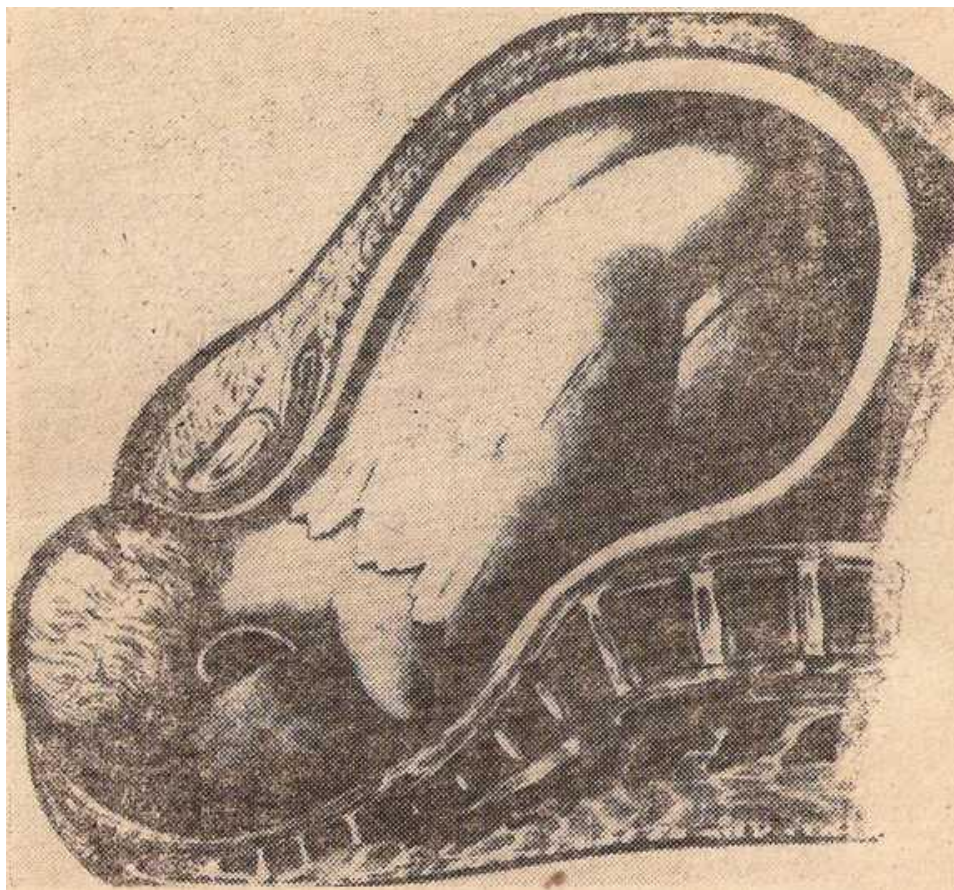
1. Vaisiaus, gimstančio pakaušio pirmėiga priekiniu vaizdu, galvytės prasiskverbimo momentu akušerė kaire ranka maksimaliai palenkia galvytę tarpvietės link tam, kad galvytė gimtų



Pav. 1. Plačiai taikoma tarpvietės apsaugos priemonė. Akušerė abiem rankomis pristabdo vaiko gimimą.

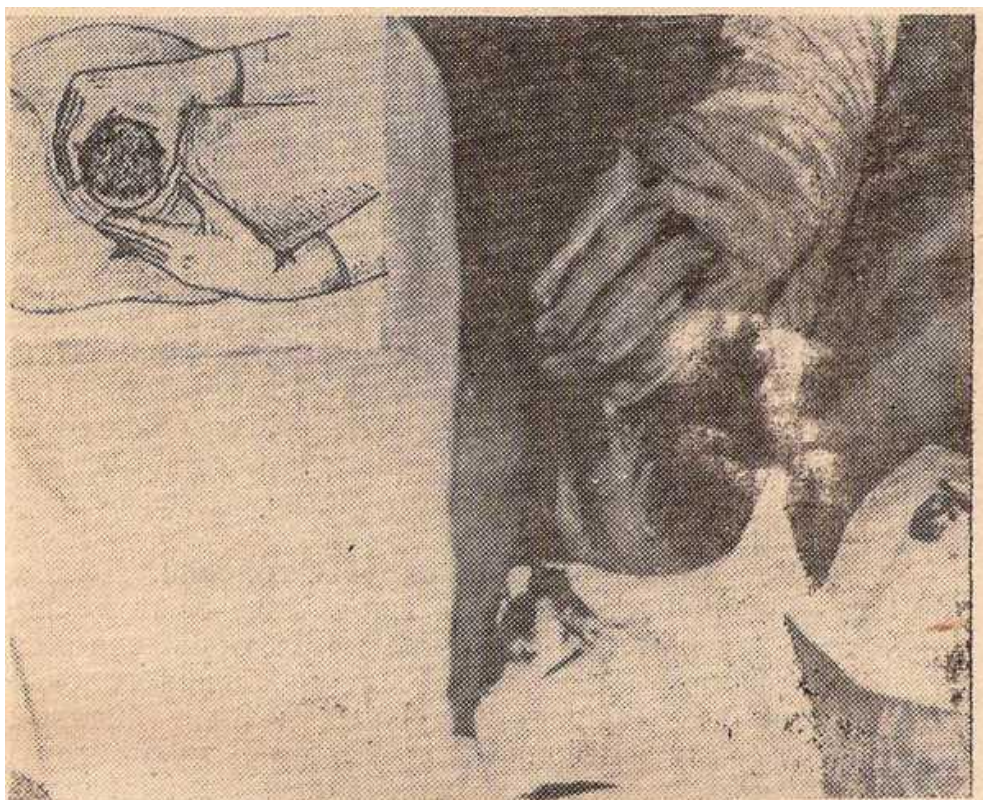
savo mažiausia Apimtimi (mažąja įstrižą), ir tuo pačiu metu ji prilaiko tarpvietę dešinės rankos delnu. Galvytės prasiskverbimo momentu iki pat jos gimimo vaisiaus pečiai, esant normaliam gimdymo biomechanizmui, randasi viename iš mažojo dubens ertmės įstrižų tūrių, tai yra, vaisiaus galvytė yra pasukta į šoną petukų atžvilgiu. Vaisiaus kaklas dar iki akušerės bet kokios pagalbos priemonės taikymo jau patiria sraigtinę deformaciją, o tarpslanksteliniai diskai ir stuburo arterijos išsitempia.

Taikant pagalbos priemonę, kurią mes čia nagrinėjame, susitinka dvi jėgos, nukreiptos priešingomis kryptimis ir kampu viena kitai: gimdos susitraukimų jėga, stumianti vaisių, ir akušerės jėga, stabdanti galvytės judėjimą. Jėgos galia, kuri tumia vaisių, yra gerai žinoma – ji lygi 12-16 kg. Akušerio, sulaikydama galvytės judėjimą, naudoja beveik tokios pat galios poveikį, bet priešinga kryptimi. Dėl šių dviejų priešpriešinių jėgų galvytė ir ypač vaisiaus kaklas patiria dar didesnę deformaciją. Ir galinės vaisiaus kaklo dalys išsitempia, o priekinės, stuburo slankstelių srityje, susispaudžia. Dėl sukimo atsiranda šlyties deformacija tarpslankstelinuose diskuose.



Pav. 2. Skverbimosi metu vaisiaus galvytės kaklas patiria sraigtinę deformaciją.

Tempimo-suspaudimo ir šlyties deformacijos sukuria sudėtingos įtampos būseną tarpslankstelinuose diskuose. Visa, kas pasakyta aukščiau, vienodai gali būti taikoma ir stuburo smegenų atžvilgiu, tačiau šlyties deformacijos poveikis čia dėl anatominių ypatybių vyksta kiek mažesniu laipsniu. Dėl slankstelių posūkio įvyksta stuburo arterijų išlenkimas ir ištempimas. Kaulinis audinys dėl savo didesnio santykinio tvirtumo kaklo lenkimo ir sukimo metu deformuojasi daug kartų mažesniu laipsniu, nei tokie elastingi dariniai, kaip tarpslanksteliniai diskai, stuburo arterijos ir nugaros smegenys. Dėl vykstančių deformacijų įmanomos santykinės dislokacijos tarp stuburo smegenų ir stuburo smegenų kanalo, tarp stuburo arterijos ir jos kanalo, padidėja pasislinkusių stuburo skersinių ataugų, sudarančių stuburo arterijos kanalą, spaudimas stuburo arterijos sienelėi, kas sukelia jos suspaudimą, o tai atitinkamai sukelia šio arterijos maitinamų darinių spazmus ir išemiją.



Pav. 3. Galvytės atlenkimas pakaušiu įsčių link gali sukelti vaisiaus kaklo srities stuburo deformacijas ir galvos smegenų traumas. Viršutiniame kampe kairėje — piešinys iš vadovėlio „Akušerija“ (M.: Medicina, 1986)

Tokiu būdu, akušerės priešpriešinės jėgos pasekmė gali būti hemoraginis kraujavimas stuburo arterijos kanale, stuburo smegenų žievėje ir tarpslankstelinuose diskuose. Lygiai toks pat mechanizmas, susidedantis iš galvytės forsotos rotacijos ir vienu metu palenkimo pirmyn pasukant ją į šoną, yra tokių suaugusio žmogaus stuburo traumų kaip slankstelių panirimas (subliuksacija) ir išnirimas pagrindinė priežastis. Be to, ir suaugusių žmonių dažniausios pažeidimų lokalizacijos – kaklo III, IV ir V slankstelių lygyje, rečiau - I ir II lygyje.

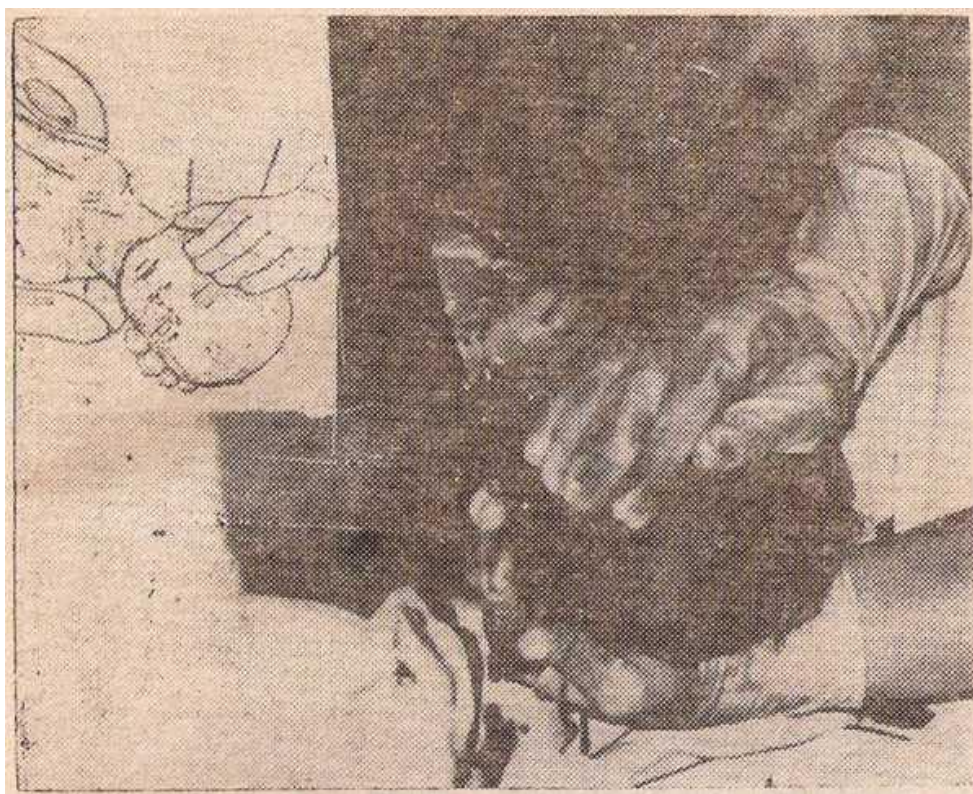
2. Gimus vaisiaus galvytės viršugalvio gumbams akušerė, nuimdama tarpvietę nuo vaisiaus veiduko, ištiesina galvyte pakaušiu įsčių link. Maksimalaus galvytės atlenkimo momentu vykstančių kaklo srityje deformacijų vaizdas panašus, skirtumas yra tik tas, kad yra ištempiami vaisiaus kaklo priekiniai fragmentai, ir galimas galinių fragmentų suspaudimas.

3. Gimus vaisiaus galvytei akušerės, kartais nelaukdamos savarankiško išorinio posūkio ir prieš tai nenustačiusios vaisiaus pozicijos, pasuka galvytę dešinės arba kairės motinos šlaunies link. Teikdamos tokią pagalbą akušerės gali padaryti nepataisomą klaidą, kuri gali sukelti ypatingai sunkius neurologinius sutrikimus, neretai su letaline baigtimi.

Kalbama apie klaidingą galvytės pasukimą. Faktas yra tai, kad nėštumo pabaigoje vaisius dažniausiai išsidėsto I-je pozicijoje, t.y. vaisius nugaryte yra pasisukęs į kairę motinos atžvilgiu. Po gimimo galvytė I-os pozicijos atveju atlieka išorėje posūkį veidu dešinės motinos šlaunies link, o II pozicijos atveju – kairės šlaunies link. Jei akušerė dirba trafaretiškai, iš anksto nenustačiusi vaisiaus padėties, ji praktiškai beveik visų gimstančių vaikų galvytes pasuka dešinės šlaunies link

(galvodama, kad vaisius, kaip tai dažnai būna, yra I pozicijoje). Šis prievartinis galvytės pasukimas gali neturėti pasekmių tuo atveju, jeigu vaisius iš tiesų yra I pozicijoje, ir, priešingai, gali sukelti sunkiausias kaklo traumas, jeigu vaisius bus II pozicijoje, t.y. pastaruoju atveju akušerė pasuka vaisiaus galvytę beveik 180° aplink savo ašį. Ši klaida, laimei, yra reta, bet ji pasitaiko akušerinės pagalbos praktikoje.

Mokomųjų komandiruočių metu įvairiuose šalies miestuose teko vesti akušerėms praktinius seminarus šia tema. Paklausus, ar akušerės savo praktikoje dažnai atlieka aprašytą galvytės pasukimą į priešingą vaisiaus pozicijai pusę, atsakymo paprastai nebūna. Akušerės sutrikusiai šypsosi ir suka savo akis į šoną - iškalbingesnio ir labiau įtikinamo atsakymo negali būti: "Taip, deja, atsitinka."



Pav. 4. Plačiai taikomas būdas išvesti priekinį petį, kuris gali sukelti akušerinę traumą vaisiui.
Viršutiniame kairiajame kampe - piešinys iš vadovėlio "Akušerija" (M.: Medicina, 1986).

4. Vaisiaus kaklo srities nugaros smegenų sužalojimams kilti tam tikru laipsniu prisideda pečių lanko forma ir dydis. Galvutė dėka savo apvalios formos judėdama palaipsniui praplečia gimdymo takus, tuo metu kai vaisiaus pečiai, turintys stačiakampio formą, po galvos gimimo, lyg ir įstringa dubens dugne. Be to, vaisiaus pečių lankas yra didesnės apimties nei galva: galvos mažasis įstrižas dydis - 9,5 cm, peties lanko gi skersmuo yra 12 cm, kas taip pat apsunkina pečių gimimą. Akušerė, bandydama išlaisvinti įstrigusį peties lanką, traukia vaisių suėmusi už galvytės. Jungiamąja grandimi tarp galvos ir pečių lanko yra kaklas, kuris pradžioje yra maksimaliai ištempiamas, o po to perduoda traukiamąjį judesį pečių lankui.

Taigi, išvardintos akušerijos pagalbos daro įtaką pirmiausiai vaisiaus kaklui. Kaklas pradžioje maksimaliai palenkiamas, po to ištiesinamas, ir tada maksimaliai ištempiamas. Toks mechaninis poveikis į vaisiaus kaklą gali pažeisti kaklo srities nugaros smegenis, stuburo arterijas, kas gali išsivystyti į kvėpavimo centro, kuris yra išsidėstęs nugaros smegenų C₄ segmento lygyje, išemiją. Tokiais atvejais naujagimiui lengvai kyla asfiksija, kuris dažnai klaidingai diagnozuojama kaip vaisiaus hipoksijos pasekmė.

Mechaninis vaisiaus kaklo pažeidimas, pasak A.P. Kučerov'os (1991), gali sukelti skausminį šoko ir išsivystyti į atitinkamą klinikinį vaizdą net iki naujagimio mirties. Tiesioginė reakcija į skausmą yra hiperventiliacija su respiratorine alkaloze, kuri, veikiamą skausmo impulsų, sukelia hipertenziją mažajame kraujyje apytakos rate. Būtent dėl šios priežasties vaikams su gimimo traumomis būklės sunkumas nustatomas daugiausia pagal kvėpavimo nepakankamumą.



Pav. 5. Vaisiaus traktacija už pečių esant fiksuotai apatinei kūno daliai gali sukelti juosmens stuburo smegenų sužalojimą.

5. Gimus pečių juostai akušerė, nelaukdama kitos stangos, priima vaisių, paimdama jį už krūtinės, kas gali sukelti patempimą, ir, atitinkamai, juosmens srities nugaros smegenų ir Adamkevičiaus arterijos traumą.

6. Dažnai ligoninėse naudojamas A.I. Petčenko metodas (antrajame gimdymo etape akušeris ranka spaudžia gimdos dugną tam, kad vaisiaus galvytė sparčiau judėtų). Mūsų duomenys leidžia išsakyti prielaidą, kad A.I. Petčenko metodas, naudojamas iki gimsta kūdikio galvytė, gali sukelti vaisiaus stuburo smegenims papildomą traumą arba gali būti tiesiogine tokios traumos

priežastimis. Galimas tokios akušerinės pagalbos sukeltos traumos mechanizmas yra toks: akušerio rankai spaudžiant gimdos dugną (t.y. vaisiaus užpakalį), pradžioje įvyksta dar didesnis vaisiaus stuburo lenkimas ir tik po to vyksta tiesiogiai galvos judėjimas pirmyn. Papildomas stuburo lenkimas, ypač jo kaklo srities, gali būti stuburo ir stuburo arterijos traumos priežastimi. Taigi, Ai Petchenko metodas buvo taikomas 98 mūsų vaikų gimimo procese (iki galvos gimimo) ir gimimo traumų dažnis išaugo 10%.

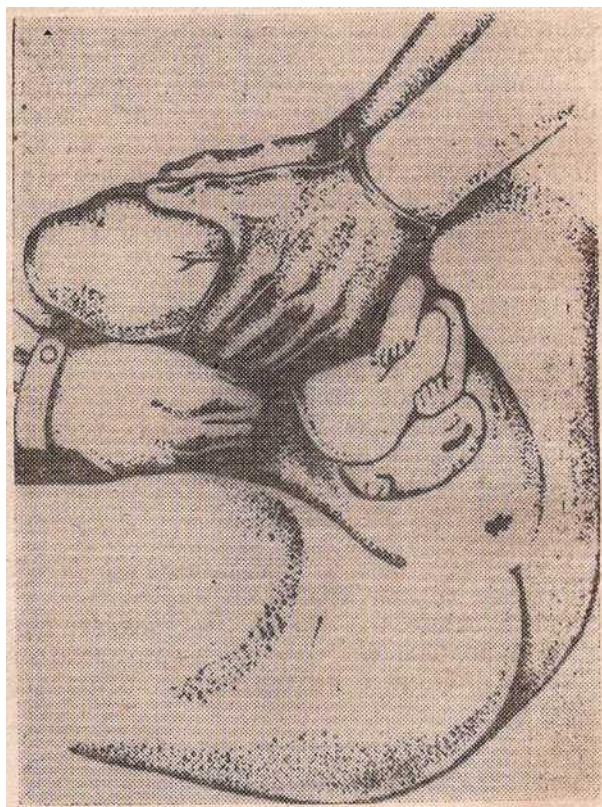
Apibendrinant, mes padarėme šias išvadas. Pagrindinės akušerinės pagalbos metu daromų traumų priežastys yra ne tiek nėštumo ir gimdymo komplikacijos (nors šių faktorių įtaka traumatizmui nekelia abejonių), kiek visų pirma tokios akušerinės pagalbos priemonės ir būdai kaip pernelyg didelės pastangos apsaugoti tarpvietę, galvytės atlenkimas pakaušiu iščių links, A.I. Petchenko metodas, pečių juostos išvedimas traukiant už galvytės. Sunkiausios traumos su kaklo slankstelių dislokacija pastebėtos atvejais, kai gimusi galvytė klaidingai būdavo jėga pasukama į priešingą vaisiaus padėčiai pusę su po to sekančia vaisiaus ekstrakcija už galvytės.

PROGNOZĖ NAUJAGIMIAMS, GIMUSIEMS

SĖDMENŲ PIRMEIGA

Gimdymų metu būtina pašalinti
vaisiaus stuburo kaklo srities
patempimo ir traumos galimybę.
N.A. Covjanovas, 1954 m.

Dar IV amžiuje p.m.e. Hipokratas rekomendavo labai atsargiai elgtis prognozuojamo gimdymo vaisiaus sėdmenų pirmėiga atvejais. Didžiojo gydytojo įspėjimai neprarado savo aktualumo ir mūsų laikais: gaila, tačiau tenka konstatuoti, kad kai kurie pasiekimai akušerijos teorijoje ir praktikoje nesukėlė reikšmingų teigiamų pokyčių. Po tam tikro pažangos, pasiektos N.A.Covjanovo ir Bracht'o pastangomis, perinatalinio mirtingumo ir sergamumo lygis rodikliai stabilizavosi ties skaičiais, kurie neatitinka šiuolaikinės visuomenės reikalavimų.



Pieš. 6. Vaisiaus išstūmimo periodas Brachto metodu.

Gimdymų sėdmenų pirmėiga atvejų pasikartojimų dažnis per šimtmetį išaugo nuo 0,8% iki 4-4,5%.

Perinatalinis mirtingumas yra vis dar didelis ir sudaro 4,4-5,5%, o kai kuriuose gimdymo anmuose ir dar didesnis. Pirmoje naujagimio mirties priežasčių vietoje, bendra nuomone, yra centrinės nervų sistemos trauma, patirta gimdymo metu.

Gimdymo proceso sėdmenų pirmėiga atvejais išskiriami keturi etapai: 1) vaisiaus gimimas iki bambos; 2) jo gimimas nuo bambos iki apatinio mentės kampo; 3) rankų gimimas; 4) galvos gimimas. Didžiausias iššūkis vaisiui yra 4 etapas – galvytės išstūmimas, kadangi būtent galvytės gimimo momentu naujagimiai dažniausiai patiria gimdymo traumas.

L.V. Timošenko ir bendraautorių (1979) duomenimis, gimimo traumų dažnis siekia 19,9%. Atlikusi psichoneurologinius tyrimus 9-13 metų amžiaus vaikų, gimusių sėdmenų pirmėiga, galvos ir stuburo smegenų gimimo traumų pasekmes M. Zemenova (1977) nustatė 63,4% vaikų. A. Fotietalt (1977) mano, kad išvedant vaisiaus galvą labiausiai yra traumuojama vaisiaus stuburo kaklo sritis, ir ypatingai dažnai yra žalojamas 6-sis slankstelis. Tai pačiai nuomonei pritaria E.J. Demidov'as (1974), M.K. Michailov'as (1975), A.J. Ratner (1975), E.L. Potter'is (1971), M. Diumontetalt'as (1977), M. Westgrenetalt'as (1980).

Akušerijos praktikoje buvo sukurti įvairūs galvytės išvedimo sėdmenų pirmėigos atvejais metodai. F. Mauriceau rekomenduotas dar 1668 m. būdas (kai kurie autoriai šį metodą dar vadina modifikuotu Smellie metodu arba modifikuotu Smellie-Veit'o būdu). Priimant gimdymą šiuo metodu, išlaisvinus abi rankytes vaiko liemuo guldomas ant kairiojo dilbio, tos pačios rankos

smiliumi už galvos pasiekiamas vaisiaus veidas, yra įvedamas piršto galas į burnos ertmę, ir atsargiai traukiant už apatinio žandikaulio, pastaroji leidžiasi žemyn ir galvytę stipriai palenkia. Po to smilius ir didysis pirštas kitos rankos, sulenkti kabliu, dedami per pečius abiejuose kaklo pusėse, o tada išlaisvinama galvytė pradžioje traukiant abiem rankomis vienu metu žemyn, o paskui jai patekus į vulvą - palaipsniui į viršų.

Pradinis Smelli priėmimo būdas: vienos rankos smiliaus ir didžiojo piršto galiukai dedami ant viršutinio žandikaulio *fossa caninae* (iltinės duobės), o kitos rankos smilius ir didysis pirštas - ant pakaušio. Šis metodas tinka ne tiek ekstrakcijai, kiek galvytės įstatymui į teisingą padėtį.

Praho metodo (Kisch, 1846) esmė yra tai, kad smilius ir didysis pirštas yra dedami ant pakaušio, o kita ranka paimamos už kojų. Traukiant dešine ranka pasiekiamas galvytės nuleidimas, o pakėlus už kojų įvyksta galvytės gimimas iš vulvos (F. Schauta, 1909). Pagal W. Stoecket (1930), Praho metodu vaisiaus kaklas apimamas iš užnugario pusės vienos rankos smiliumi ir didžiuoju pirštais, sulenktais kabliu, kita gi ranka kūdikis imamas už kojų, po ko atliekamas tempimas žemyn iki to momento, kol nepasirodys galvos plaukotosios dalies pakraštys; po to vaisiaus kūnas prikeliamas aukštin, o galvytė, pasisukusi aplink simfizę, gimsta virš tarpvietės.

K. Braun'o metodas yra, kai pradžioje galvytė nuleidžiama, kol pasirodys sėdmenys pagal Mauriceau metodą, tada stojama kairėje gimdyvės pusėje, po to dedamas dešinės rankos alkūnės kraštas ant gaktikaulio, smilius ir nykštys sulenkti kabliu ant vaisiaus pečių, o kaire ranka suimamos kojos. Šiuo momentu dešinė ranka atlieka lengvą spaudimą žemyn, tuo pačiu metu kaire ranka siekia išridinti galvytę stipriai prikeldama kojas. Vygand'as (1800) ir Martin'as (1846) rekomenduodavo pirmiausia atlikti tinkamą galvytės įstatymą traukiant už smakro, o po to spaudimo iš išorės būdu išvesti galvutę į dubenį ir pro dubenį - išorėn.

Atliekant gimdymo priėmimą Mauriceau-Levroux-Feit-Smellie būdu akušerio smilius šalia kūdikio veido įvedamas į makštį ir pasiekia burnytę, kuri paprastai yra pasukta į dešinę arba į kairę. Vaiko liemuo dedamas ant tos pačios rankos dilbio, kitos rankos smilius ir didysis pirštai – kūdikio kaklo kairėje ir dešinėje pusėje ir lengvai prilaiko jo galvą ir kaklą; įvestu gi į kūdikio burnytę kitos rankos smiliumi atliekamas galvos palenkimas stuburgalio link, kol smakras nepasieks krūtinės. Toliau akušeris kitos rankos smiliumi ir didžiuoju išskiestais pirštais plačiai apima kaklą iš abiejų pusių ir atlieka galvutės traukimą žemyn, kol nepasirodys plaukuotosios galvos dalies pakraštys. Nuo šio momento traukimas nukreipiamas į viršų, o akušeris privalo atsistoti tam, kad pakeldamas ranką su ant jos esančiu kūdikio liemeniu, pagelbėtų pradžioje veido išstūmimui, o paskui – palaipsniui, lėtai padėtų išvesti iš tarpvietės kaktą, viršugalvį ir pakaušį. Visa tai pasiekama traukimu, atliekamu išimtinai vien tik į viršų.

Gimdymo priėmimo aukščiau nurodytais metodais nepageidaujamų pasekmių vaisiui pasikartojimų dažnį N.A. Covjanov'as (1949) ir Bracht'as (1935) aiškina vaisiaus rankyčių atmetimu ir jo galvytės patiriamu gimdos kaklelio spaudimu. Atsižvelgdamas į tai N.A. Covjanov'as sukūrė ir pasiūlė savo akušerinės pagalbos metodą, kuriuo siekiama pašalinti nurodytas komplikacijas. Gimdymo priėmimas Covjanov'o metodu leido sumažinti negyvų gimimų skaičių, bet ne tiek daug, kad būtų galima laikyti gimdymus sėdmenų pirmeiga nepavojingais vaisiui.

Norėdami išsiaiškinti naujagimių nugaros smegenų sužalojimo mechanizmą gimdymų sėdmenų pirmeiga atvejais mes stebėjome 76 gimdyvių antrojo gimdymo etapo eigą. Pas 41 iš 76 naujagimių (53,9%) pirminės apžiūros 3-5 gyvenimo dieną metu centrinės nervų sistemos pažeidimų mes nenustatėme (1 grupė), pas likusius 35 (46,1%) vaikus buvo rasti neurologiniai sutrikimai (2 grupė), kurie pasireiškė galvos smegenų (6-7,9%) ir stuburo smegenų (29-38,1%) pažeidimų formoje.

Vidutinis amžius buvo 25 metai. Nėštumo komplikacijos buvo stebimos 20 (48,8%) moterų (toksikozė pirmoje nėštumo pusėje – 11 moterų, antroje pusėje - 5, anemija nėštumo metu - 6, persileidimo grėsmė- 2) vienai moteriai nėštumą komplikavo susirgimas gripu 16-je nėštumo savaitėje. Pagrindinis moterų kontingentas: pirmą kartą gimdančios - 35, pakartotinai gimdančios - 6.

Tikrąją sėdmenų pirmeiga gimė 27 (65,8%) vaikai, mišria - 8 (19,5%), kojų pirmeiga - 6 (14,7%) vaikai. Šioje grupėje buvo 20 berniukų ir 21 mergaitė.

Normaliai gimė 28 vaikai (68,2%), komplikuoti gimdymai buvo 13 (31,8%) vaikų iš pirmosios grupės (kur neurologinė patologija nebuvo fiksuota). Gimdymo komplikacijos buvo šios: silpna gimdymo veikla - 6, bevandenis laikotarpis ilgesnis nei 12 valandų - 5, dalinė priešlaikinė apatinės placentos atšoka - 1. Gimdymo metu 1 vaisiui (2,04%) buvo diagnozuota ūmiai kilusi hipoksijos, kuri vėliau sukėlė naujagimio hipoksiją. Su nestipriai apsimijusia kaklą virkštele gimė 6 vaikai. Vienas vaikas šioje grupėje buvo išimtas ekstrakcijos už dubens būdu dėl ūmios hipoksijos.

Gimdymo metu pirmosios grupės 26 vaikai (63,4%) buvo priimti pagal Covjanov'o pagalbinę metodiką. Iš stebėtų antrojo gimdymo etapo kojų pirmeigos atvejų 6 buvo priimti pagal Covjanov'o pagalbinę metodiką. Klasikinė rankų pagalba buvo teikiama gimdant 9 vaikus.

Paskui sekanti galvytė 10 vaikų buvo išvesta pagal Covjanov'o pagalbinę metodiką, 17 vaikų – pagal Maurice-Levroux-La Chapelle, 6 vaikams – pagal Feyt Smelli. 8 atvejais galvytės gimė savarankiškai.

Galvytės prasiskverbimo metu operatyvinis vulvos žiedo praplėtimas buvo atliktas 10 gimdyvių (24,4%), kadangi buvo tarpvietės plyšimo grėsmės simptomai (9), ir vaisiaus gimdoje hipoksijos grėsmė (1). Tarpvietės I-II laipsnio plyšimai įvyko 7 (17%) gimdyvėms.

Ką tik gimusių 10 vaikų (24,4%) būklė pagal Apgar skalę įvertinta 8-9 balais, 19 vaikų (46,3%) - 5-7 balais, 12 vaikų (29,3%) - 1-4 balais. Svoris 30 vaikų (73,2%) buvo nuo 2500 iki 3900 g, 10 vaikų (24,4%) - mažiau nei 2500 g ir 1 vaikas (2,4%) svėrė 4300 g.

Antrą grupę sudarė 35 vaikai, kuriems buvo nustatyti nervų sistemos gimdymo traumų požymiai: galvos smegenų - 6 vaikams ir stuburo smegenų - 29 vaikams. Dvi motinos šioje grupėje (5,7%) buvo jaunesnės nei 20 metų, 28 motinų (80,0%) - amžius 21 - 29 metai, 5 motinų (14,3%) – amžius virš 30 metų. Vidutinis motinų amžius šioje grupėje buvo 26,4 metai.

Nėštumo komplikacijos buvo pastebėtos pas 11 iš 35 moterų (31,4%): toksikozė I-oje nėštumo pusėje - pas 4, toksikozė II-je nėštumo pusėje - pas 2, anemija nėštumo metu - pas 4, persileidimo grėsmė - pas 3, 2 moterų nėštumą komplikavo bronchitas.

Pirmą kartą gimdė 25 (71,4%), pakartotinai - 10 (28,6%): antrą kartą gimdė - 4, trečią ir daugiau - 6. Iš 10 pakartotinai gimdančių 8 prieš tai buvo nutraukusios nėštumą abortu (5 – 1-ą kartą, 3 – 2 kartus ar daugiau).

Tikrąją sėdmenų pirmėigą gimė 18 vaikų (51,4%), mišrią - 6 vaikai (17,1%), kojų pirmėigą - 11 vaikų (31,5%). 10 vaikų (28,6%) gimė normaliai vykusio gimdymo metu, komplikuoto - 25 (71,4%). Komplikacijos buvo pastebėtos šios: bevandenis laikotarpis ilgesnis nei 12 valandų (15), silpna gimdymo veikla (18), dalinė priešlaikinė placentos atšoka (2), aukštai tiesiai stovi galvytė (1).

3 vaikams buvo diagnozuota gimdoje ūmiai kilusi vaisiaus hipoksija (2 atvejais hipoksijos priežastis buvo dalinė priešlaikinė placentos atšoka, 1 atveju – standus vienkartinis virkštelės apsvijimas aplink vaisiaus liemenį), kuris 2 vaikams išsivystė į naujagimio hipoksiją. Buvo pritaikytos priemonės vaisiaus ir naujagimio hipoksijai gydyti.

14 vaikų, gimusių tikrąją sėdmenų pirmėigą, buvo teikiama pagalba pagal Covjanovo metodiką, kojų pirmėigą 11 vaikų antrasis gimdymo etapas buvo atliekamas pagal Covjanovą, 8 vaikų gimdymo metu buvo taikoma klasikinė pagalba rankomis. Vaisiaus ekstrakcija dėl vaisiaus hipoksijos gimdoje buvo atlikta dviem atvejais (už kojytės - 1 vaikui, už kirkšnies sulenkimo - 1).

Vėliau einanti galvytė buvo išvedama pagal Covjanovo rankų pagalbos metodiką 29 gimdymų (82,6%) atvejais, pagal Maurice-Levroux-La Chapelle - 3-jų (8,6%), pagal Smellie - 3-jų (8,6%). Vaisiaus sėdmenų pasirodymo momentu 5 moterims (14,3%) buvo atliktas operatyvus vulvos žiedo praplėtimas (perineotomija - 1, epiziotomija - 4) dėl vaisiaus gimdoje hipoksijos (3) ir dėl tarpvietės plyšimo (2) grėsmės. Tarpvietės plyšimai įvyko 9 moterims (25,7%): I laipsnio - 5, II laipsnio - 4.

Ką tik gimusių 5 vaikų (14,3%) būklė pagal Apgar skalę įvertinta 8-9 balais, 24 vaikų (68,6%) - 5-7 balais, 6 vaikų (17,1%) - 1-4 balais.

Šioje grupėje buvo 20 berniukų ir 15 mergaičių. Vaikų svoris svyravo taip: 8 vaikai (22,9%) - svėrė mažiau nei 2500 g, 25 vaikai (71,4%) - nuo 2500 iki 3900 g, 2 vaikai (5,7%) – daugiau nei 4000 g. Laiku gimė 22 vaikai, neišnešioti – 10, pernešioti - 3.

Neurologinio tyrimo metu 15 vaikų buvo nustatyti sunki nervų sistemos patologija, 20 - lengva. Kaip mes nurodėme, galvos smegenų pažeidimų požymiai nustatyti pas 6 vaikus (17,1%), nugaros smegenų – pas 29 vaikus (82,9%).

Siekdami paaiškinti kai kurių gimdymo komplikacijų įtaką vaikų, gimusių sėdmenų pirmėigą, gimdymo traumų dažniui, mes sudarėme šią duomenų lentelę (1 lentelė.).

Kai kurių komplikacijų ir akušerinių pagalbų įtaką vaikų, gimusių sėdmenų pirmeiga, nervų sistemos pažeidimų dažniui

Gimdymo proceso ypatybės	Viso	Gimdymo traumų dažnis			
		Galvos smegenų		Nugaros smegenų	
		Abs. skaičiai	%	Abs. skaičiai	%
1	2	3	4	5	6
Be komplikacijų	38	1	2,6	9	23,7
Bevandenio periodas ilgiau nei 12 val.	20	--	--	15	75,0
Silpna gimdymo veikla	24	--	--	18	75,0
Dalinis placentos atsiskyrimas	3	--	--	2	66,7
Galvytės išvedimas pagal Covjanovą	39	4	10,2	25	64,1
Galvytės išvedimas pagal Maurice-Levroux-La Chapelle	20	--	--	3	15,0
Vaisiaus hipoksija	4	--	--	3	75,0
II gimdymo etapo kojų pirmeiga atlikimas pagal Covjanovą	17	--	--	11	64,7
Gimdymas po operatyvinio vulvos žiedo praplėtimo	15	--	--	5	33,3

Iš aukščiau pateiktos lentelės matyti, kad gimdymo traumos dažnis yra didelis, kai yra silpna gimdymo veikla, vaisiaus hipoksija galvytės išvedimo pagal Covjanov'o metodiką atvejais, ilgas bevandenis laikotarpis. Tačiau, kai matomų gimdymo komplikacijų nėra, kūdikių nugaros smegenų sužalojimo dažnis vis dar išlieka didelis.

Traumuojančiais vaisių, mūsų nuomone, gali būti šie veiksniai.

1. Teikiant pagalbą rankomis kartais galimos techninės klaidos. Neigiamą vaidmenį vaidina skubotumas, su kuriuo atliekamas vaisiaus viršutinės pečių juostos ir galvos išėmimas

2. Daugelyje šalies gimdymo namų akušeriai sėdmenų pirmeigos atvejais vaisiaus galvytei išlaisvinti naudojami taip vadinama Covjanov'o pagalbos metodika. Jos esmė yra tokia.

Pav. 7. Vėliau išeinančios galvytės išvedimas pagal taip vadinamą "Covjanovo metodą" gali sukelti ypatingai sunkias galvos smegenų ir stuburo smegenų traumas.



Jei galvytė negimsta savarankiškai, vaiko kūnas kaire ranka atlenkiamas motinos gaktos link, tuo pačiu metu dešine ranka vėduoklės principu apimamas vaisiaus kaklas. Abiem rankomis gydytojas atlieka traukiantį gimusio kūno veiksmą į save ir į viršų. Vaisiaus galvytė šiuo atveju yra ekstrahuojama "svirties principu", bet svirties vaidmenį atlieka vaisiaus kaklas. Uždedant vaisiaus kūną ant gimdyvės pilvo (7 pav.) atsiranda sukamasis jėgos momentas, kuris gali sukelti kaklo linkio deformacijas dėl dviejų susidariusių deformacijų sumos - vidinės kaklo pusės ištempimo ir išorinės pusės suspaudimo.



Pav. 8. Kaklo spondilograma vaiko, kurio galvytė
gimdymo metu buvo priimama "Covjanovo metodu".
Kompresinis 3, 4, 5 kaklo slankstelių lūžis.

Mūsų stebėjimai rodo, kad galvytės priėmimas šiuo metodu gali sukelti ypatingai sunkius sužalojimus. Dažniausiai yra pažeidžiami kaklo srities stuburo smegenys, stuburas ir stuburo arterijos – galimas net stuburo nutraukimas (paprastai tarp 2 ir 3 kaklo slankstelio).

Vaikams, kurių galvytė buvo išvesta pirmiau aprašytu metodu, galima nustatyti kaukolės kaulų pažeidimų. Pavyzdžiui, vaikui Z, kuris svėrė 4050 g, buvo sulaužytas kaukolės pagrindas. Faktas yra tai, kad dėl šio metodo specifikos yra stebima labai savotiška vaisiaus galvos konfigūracija. Pakaušio kaulinė plokštė yra įstumama į kaukolės ertmę, kas gali sukelti smegenėlių ir smegenų sinusų pažeidimus, kaulų lūžius, sunkią intrakranijinę hemoragiją. Būtent šių traumų buvimas lemia aukštą vaikų, gimusių sėdmenų pirmeiga, sergamumo ir mirtingumo lygį.

Jeigu atidžiau perskaityti N.A. Covjanovo monografiją, galima įsitikinti, kad autorius niekada tokio barbariško galvytės išėmimo būdo nesiūlė. Priešingai, N.A. Covjanov'as įspėjo dėl pavojaus būtent šio metodo, kuris gali sunkiai sužaloti vaisiaus kaklą.

Nagrinėjamas gi galvytės išvedimo būdas buvo pasiūlytas 1846 metais ir akušerijos istorijoje yra žinomas „Prahos būdo“ pavadinimu. Buvo plačiai naudojamas apie 50 metų, po kurių daugelis Vakarų Europoje žinomų akušerių jo atsisakė, kadangi šis metodas gali padaryti vaisiui traumas nesuderinamas su gyvybe.

3. Sėdmenų pirmėiga gimdymo, atliekamo pagal Covjanovo metodiką, antrojo etapo metu gydytojo-akušerio priešpriešinė vaisiaus judėjimo kryptis jėga taip pat gali sukelti nugaros smegenų traumą, ir tokiais atvejais pirmiausia deformuojasi juosmens, o po to ir viršutinės stuburo ir stuburo smegenų dalys.

Taigi, kūdikių, gimusių sėdmenų pirmėiga, stuburo, nugaros smegenų ir slankstelių arterijų pažeidimų priežastys, mūsų nuomone, yra neteisingas Covjanov'o pagalbinės metodikos taikymas, skubotumas išimant vaisiaus pečių juostą ir galvytę. Sunkiausios traumos su kaklo slankstelių lūžimais įvyksta priimant vėliau sekančią galvytę "Prahos metodu". Pas 64,1% vaikų, kurių galvytės buvo išimamos šiuo būdu, buvo nustatyta spinalinis nepakankamumas, ir cervikalinės dalies pažeidimų simptomai buvo rasti beveik pas pusę šių vaikų. Vaikų (ypač neišnešiotų) stuburo smegenų juosmens sustorėjimo traumas gali sukelti II gimdymo etape taikoma Covjanovo metodika vaisiaus kojų pirmėigos atvejais.



Pav. 9. "Prahos" galvytės priėmimo metodas buvo uždraustas XIX amžiaus pabaigoje dėl keliamo didelio traumų vaisiui pavojaus

VAIKŲ, GIMUSIŲ CEZARIO PJŪVIO OPERACIJOS BŪDU, BŪKLĖ

...sumani, įgudusi bobutė ir protingas gydytojas, ne tuščios šlovės sau ieškantys, bet dėl visų gerovės triūsiantys, daugiau gali gimdymo metu padaryti vien tik savo rankomis, nei su visais kitais dirbtiniais prietaisais (instrumentais).

I.Maksimovič'ius-Ambodik'as, 1754 m.

Pastaraisiais metais, siekiant pagerinti akušerinės pagalbos rezultatus, išaugo cezario pjūvių (CP) skaičius. Atsižvelgiant į bendrą gimdymų skaičių CP padidėjo nuo 0,8% 1908 m. (G. A. Baksht, 1934) iki 10,2% (G. A. Palladi ir kt., 1989).

Užsienyje CP operacijos pasitaiko daug dažniau ir kai kuriose klinikose siekia 21,6%.

Natūralų CP padidėjimą nulėmė susirūpinimas dėl vaikų gyvybių išsaugojimo.

Pagrindinė cezario pjūvių dalis atliekamas pagal santykinius rodiklius, kad pagimdyti gyvą visavertį vaiką. Taip cezario pjūvių, atliekamų dėl vaisiaus būsenos rodiklių, skaičius, padidėjo, šalies autorių duomenimis nuo 24,3% 1960 m. iki 50,5% 1980 metais (V.M. Sadauskas, 1980).

Pagal užsienio autorių suvestinę statistiką - nuo 9,73% - 11,2% 1977 metais iki 21,2% – 33,6% 1988 m.

Atrodytų, kad pašalinus būtinybę vaisiui praeiti per gimdymo takus, paties gimdymo akto laiko sutrumpinimas turėtų kartu sumažinti ir perinatalinio mirtingumo lygį. Kai G.E. Rein'as 1904 m. ragino plačiau taikyti CP, jis tikėjosi, kad tokiu būdu kūdikių mirtingumas bus sumažintas iki minimumo. Tačiau akušeriai susidūrė su paradoksaliu reiškiniu - išaugo asfiksijų ir perinatalinio mirtingumo skaičius vaikų, išimtų CP operacijos būdu.

Išnešiotų kūdikių, gimusių po Cezario pjūvio, perinatalinis mirtingumas, G. M. Saveljeva'os duomenimis (1991), buvo 13,9%, o neišnešiotų - 26,5%. Akivaizdu, kad CP nėra visiškai saugus vaisiui ir negarantuoja jam gyvybės. Daugelis autorių CP operaciją priskiria prie vaisiui rizikingų veiksmų. Dar 1923 metais H.Dencker ir H.Kustner parodė, kad daugeliu atvejų, kai kūdikis yra išimamas CP operacijos būdu, jis patiria kvėpavimo sutrikimo sindromą, kuris greitai pereina į reguliary kvėpavimą arba išsivysto į asfiksiją, kurių dažnumas tuo metu sudarė 62,6%. J. N. Polonskio stebėjimų (1939) duomenimis, naujagimių, išimtų CP operacijos būdu su ir patyrusių asfiksiją, dalis sudarė 40%, V.P. Veiss'o duomenimis (1952) - 34%; A. S. Slepych (1968) - 26%.

E. L. Poteris (1943) atkreipė dėmesį į tai, kad kai kuriems vaikams, išimtiems CP būdu, iš karto po gimimo buvo pastebėtas kvėpavimo kvėpavimo sutrikimų simptomai (cianozė, krūtinės lastos sukritimas, švokštimas, silpnas verksmas) ir širdies veiklos nepakankamumas. Dažnai šie vaikai mirė per 24-48 valandas po operacijos. Šį respiracinį sindromą jis pavadino «cezarinio pjūvio sindromu». A. Bloxson'as (1942) šiam reiškiniui paaiškinti išsakė prielaidą, kad gimimo Cezario pjūvio būdu atveju yra pažeidžiamas vaisiaus adaptacijos mechanizmas. V.I. Bodiazin'a (1979), I.P. Elizarova (1979), Paladi (1989) mano, kad gimdymo CP būdu metu pašalinamas streso poveikis vaisiui, stebimas natūralaus gimdymo metu, todėl apsunkinamas gyvybės palaikymo sistemų funkcijų įjungimas ir persitvarkymas po gimimo ir tai atsispindi postnatalinės adaptacijos procese.

Vaikų, gimusių CP operacijos būdu, kvėpavimo sutrikimus N.L. Garmasheva ir bendraautoriai (1978) aiškina tuo, kad spontaniškų gimdymu metu kūdikio krūtinė patiria suspaudimą, dėl kurio iš kvėpavimo takų išspaudžiamas skystis ir tai palengvina naujagimių kvėpavimą. CP metu tai nėra pastebėta. CP operacija turi neigiamą poveikį ne tik vaiko adaptacijai prie naujų sąlygų pirmomis gyvenimo ne išciuose minutėmis, bet taip pat ir visą ankstyvąjį neonatalinį laikotarpį. Tam tikrą neigiamą įtaką taip pat daro ir narkotinės medžiagos, naudojamos chirurginės intervencijos metu.

L.S. Persijaninov'o (1967), N.N. Rasstrigin'o (1980) nuomone, bendroji anestezija turi slopinamąjį poveikį vaisiaus kvėpavimo funkcijai ir sukelia naujagimiams depresiją. Tačiau neįmanoma paaiškinti tokį asfiksijų dažnį vien tik narkotinių medžiagų poveikiu. Net tada, kai CP būdavo atliekamas taikant vietinę nejautrą, asfiksijų procentas yra nuo 5,89% iki 25,3%.

G.P. Umerenkov'as (1988) mano, kad «cezarinio pjūvio sindromo» atsiradimą sąlygoja daugiausiai tos nėštumo ir gimdymo komplikacijos, kurios tapo požymiais pereiti prie abdominalinio gimdymo.

D. B. Landau ir kiti (1950) daro prielaidą, kad respiracinį sindromą galima palyginti su spinalinio šoko suaugusiems reiškiniu. Norėdami patvirtinti savo argumentus jie nurodo nugaros smegenų skysčio tūrio subarachnoidinėje ertmėje padidėjimą, paprastai stebimą tokių vaikų autopsijos atvejais.

Pasak kai kurių autorių, vaisiaus priėmimo iš gimdos momentu yra eilė traumuojančių momentų (L.S. Persijaninov'as, 1975; V. I. Jelcov'as – Strelkov'as, 1980). CP operacijos pagal Deflerio – Gusakovo metodiką metu vaisiaus išėmimas atliekamas traukiant už galvytės. Galvytė suimama abiem rankomis ir lėtai traukiant išimamas vienas, paskui kitas petys, o po to visas kūnas. Kojų pirmeigos atveju kūdikis ištraukiamas už priekinės kojų, sėdmenų pirmeigos atveju – už kirkšnies. Galvytė išvedama panašiu į Mauriceau – Levroux būdą. Taigi beveik 100% įvyksta kaklo srities stuburo ištempimas (V. I. Jelcov - Strelkov, 1980). Be to, pasak L. S. Persijaninov'o

(1971), atliekant operaciją yra dar vienas momentas, į kurį būtina atsižvelgti, siekiant apsaugoti vaisių nuo sužalojimo – tai yra cervikalinio pjūvio ilgis ", ... kuris turi būti pakankamas, kad būtų galima buvo jokių pastangų išvesti vaisiaus galvą". Z. Dabrowski (1954) nuomone, smegenų kraujavimas gali atsirasti dėl staigaus spaudimo pasikeitimo, kai vaisiaus galvytė greitai ištraukiama iš gimdos ar kilus sunkioms komplikacijoms galvytės išvedimo momentu.

Tuo pačiu metu vis daugėja įrodymų, leidžiančių manyti, kad «cezario pjūvio sindromo» patogenezėje svarbų vaidmenį vaidina vaisiaus nugaros smegenų ir stuburo arterijų traumavimas. Išimant vaisių iš gimdos už galvytės pirmiausiai įvyksta kaklo srities stuburo tempimas ir traumuojami būtent kaklo srities stuburo smegenys ir stuburo arterijos. Tai sukelia naujagimio spinalinio kvėpavimo centro išemiją, kuri gali išsivystyti į aukščiau aprašytą sindromą.

Pažeidus stuburo arteriją antrinė asfiksija gali kilti ir dėl to kilusios retikuliarinio darinio išemijos, kuri, E. L. Golubevo's (1968, 1970), yra trigeris, paleidžiantis kvėpavimo sistemą normalaus gimdymo proceso metu.

Siekdami nustatyti naujagimių, gimusių Cezario pjūvio operacijos būdu, neurologinių sutrikimų išsivystymo mechanizmą, mes stebėjome 86 naujagimių gimimą. 59 (68,6%) iš jų neurologinios tyrimo metu nebuvo nustatyta gimdymo traumos požymių (pirmoji grupė), 27 (31,4%) vaikams (antra grupė) – nustatyti galvos (2) ir stuburo (25) smegenų natalinės patologijos požymiai.

Nėštumo komplikacijos buvo pastebėtos 30 moterų (50,8%). Iš jų toksikozė pirmoje (12) ir antroje nėštumo pusėje (8 moterys), nėščiujų anemija (6), persileidimo grėsmė (13 moterų). 5 moterims nėštumas komplikavosi gripo susirgimu.

26 moterims ir ankstesni gimdymai baigėsi Cezario pjūvio operacija (iš jų 23 - operaciją su gimdos pjūviu apatinio segmento srityje pagal Gusakovo modifikaciją, 3 – korporalinis cezario pjūvis). Pirmą kartą gimdžiusios buvo 25 (42,4%), pakartotinai - 34 (57,6%); anamnezėje vienas gimdymas - pas 28, du ar daugiau - pas 6. Tarp pakartotinai gimdžiusių 8 turėjo medicininius abortus (5 – vieną, 3 - du abortus).

Gimdymo komplikacijos buvo pastebėtos pas 31 motiną (52,5%), iš jų – ankstyvas vaisiaus vandenų nutekėjimas (15), pirminė silpna gimdymo veikla (10), priešlaikinis placentos atsiskyrimas (5), aktyvi gimdos kaklelio distocija (5).

Pirmajame gimdymo etape operacijos atliktos 27 (45,8%) moterims, antrąjame - 4 (6,8%), iki gimdymo veiklos pradžios - 28 (47,4%). Indikacijomis operacijoms buvo: placentos pirmeiga ir kraujavimas (8), pooperacinio rando gimdoje nepakankamumas (28), kliniškai siauras dubuo (13), ankstyvas vandenų nutekėjimas, silpna gimdymo veikla ir pirmą kartą gimdančios moters amžius daugiau nei 35 metai (10), priešlaikinis dalinis normaliai išsidsčiusios placentos atsiskyrimas (5).

Bendroji anestezija buvo taikoma 52 moterims (88,1%), epidūrinė - į 3 (5,1%), vietinė infiltracinė anestezija - 4 (6,8%). Bendroji anestezija buvo atliekama pagal šią schemą. Premedikacija su M-cholinolytikais (atropinas, metacinas), antihistamino preparatai (dimedrolis arba suprastinas, arba pipolfenas) ir A-adrenoblokatoriai (droperidolis), narkozės indukcija buvo atliekama sombrevino arba ketamino, arba ultra trumpo poveikio barbitūratų. Trachėjos intubacija buvo atliekama miorelaksantų fone iš sukcinilcholino grupės (ditilinas, miorelaksinas, distenonas). Anestezijos palaikymui buvo naudojamas azoto oksidas, santykis su deguonimi 1:1, 2:1, 3:1, dirbtinės plaučių ventiliacijos sąlygomis. Išėmus vaisių buvo atliktas perėjimas prie vaisiaus ataralgezijos naudojant sedukseną ir centrinius analgetikus (morfinas, promedolis, fentanilis) su sąmonės išjungimu subnarkotinėmis azoto oksido dozėmis.

Epidūrinei anestezijai po premedikacijos ir epidūrinės erdvės punkcijos buvo naudojami šie anestetikai: lidokaino, dikaino arba trimekaino tirpalas. Pacientės kvėpavimas šiuo anestezijos atveju buvo spontaniškas.

Kad išvengtų aortos kompresijos sindromo (apatinės lytinės venos suspaudimo sindromo) nieščiosios poza ant operacinio stalo su prikeltu 15° dešiniu šonu. Pirmiems aortos kompresijos progreso požymiams išryškėjus chirurgas perkeldavo gimdą į kairę.

Vaisiaus hipoksija įvyko 6 kartus (10,2%), naujagimių hipoksija - 5 (8,5%).

48 moterims operacija buvo atlikta 38-41 nėštumo savaite, 2 (3,4%) - 34-35 savaitę, 9 (15,3%) – dėl pernešio nėštumo. Visi 59 vaikai, mūsų priskirti į pirmąją grupę, buvo išimti po cezario gimdos pjūvio apatiniame segmente pagal Gusakovo modifikaciją.

Galvine pirmėiga gimė 52 vaikai (88,1%), sėdmenų - 6 (10,2%), skersine padėtimi - 1 (1,7%). Su laisvai apsivijusia virkšte aplink kaklą gimė 12, (10 - su vieną kartą apsivijusia, 2 - su du kartus). Berniukų buvo 25, mergaičių - 34. Gimusių vaikų būklė pagal Apgar skalę buvo įvertinama: 17 (28,8%) vaikų - 8-9 balai, 37 (62,7%) - 5-7 balai, 5 (8,5%) - 1-4 balai.

Antrinės asfiksijos priepuolis su kvėpavimo sutrikimais buvo pastebėti 4 (6,8%) vaikams, reanimacijos priemonės buvo taikomos pagal įprastines schemas. Gimusių vaikų svoris buvo: 2 (3,4%) vaikai svėrė - mažiau nei 2450 g, 42 (74,6%) – nuo 2500 iki 3900 g, 13 (22,0%) vaikų – daugiau nei 4000 g.

27 operacijos būdu išimti vaikai, kuriems atlikus neurologinį tyrimą buvo nustatytas galvos ir stuburo smegenų nepilnavertiškumas, sudarė antrąją grupę. Šios grupės vaikų 16 motinų amžius buvo 30-34 metai (59,2%), 7 (25,9%) - nuo 21 iki 29 metų, ir vyresnės nei 35 metų buvo 4 moterys (14,9%). Vidutinis moterų amžius šioje grupėje buvo 31,2 metų.

Nėštumo komplikacijos buvo pastebėtos 6 (22,2%) moterų, iš jų toksikozė antroje nėštumo pusėje(4), persileidimo grėsmė (2) nėščiąjų anemija (2).

7 moterims iš šios grupės prieš tai buvę gimdymai baigėsi cezario pjūviu. Pirmą kartą gimdė 13 (48,1%) moterų, pakartotinai - 14 (51,9%): anamnezėje vieną kartą gimdė – 10 gimdyvių, du ar daugiau - 4. Iš pakartotinai gimdžiusių pas 7 buvo medicininiai abortai.

Komplikacijos buvo pastebėtos pas 17 gimdyvių (62,96%), ankstyvas vaisiaus vandenų nutekėjimas - pas 10, silpna pirminė gimdymo veikla - pas 6, priešlaikinis dalinis apatinės placentos atsiskyrimas - pas 4.

Pirmajame gimdymo etape buvo operuojamos 17 (62,96%) gimdyvių, iki gimdymo pradžios - 10 (37,04%). Indikacijos operacijai buvo: placentos pirmėiga ir kraujavimas (6), gimdos rando po cezario pjūvio nepakankamumas (13), kliniškai siauras dubuo (6), ankstyvas vandenų nutekėjimas ir silpna gimdymo veikla, nereaguojanti į skatinimą (2). Operacija buvo atliekama taikant bendrąją anesteziją 19 moterų (71,4%), naudojant epidurinę nejautrą - 8 (28,6).

2 moterims operacija buvo atlikta 33 - 34 nėštumo savaite, 9 - savalaikio nėštumo pabaigoje, 12 – nėštumui užsitęsus daugiau nei 42 savaites. 28 vaikai iš šios grupės buvo išimti cezario pjūvio operacijos pagal Guskov'o – Defler'io metodiką su gimdos pjūviu apatiniame segmente, vienas - po korporalinio cezario pjūvio. Galvine pirmėiga buvo 19 vaikų (70,4%), sėdmenų - 8 (29,6%). Su laisvai apsivijusia virkšte aplink kaklą gimė 5 vaikai. Berniukų gimė 12, mergaičių - 15, gimusių vaikų būklė pagal Apgar skalę buvo įvertinta: 8-9 balais - 4 (14,8%) naujagimiai, 5-7 balais - 20 (74,1%), 1-4 balais - 3 (11,1%). Antrinės hipoksijos priepuolis su kvėpavimo sutrikimu buvo pastebėtas 8 (29,6%) vaikams.

Gimusių vaikų masė buvo: mažiau nei 2450 g – svėrė 2 (7,4%) vaikai, nuo 2500 iki 3900 g - 22 (78,7%), daugiau nei 4000 g - 3 (13,9%).

Pažymėtina, kad tarp šios grupės vaikų tik du turėjo neginčijamus galvos smegenų pažeidimo požymių. Daug dažniau buvo sutinkama kaklo srities stuburo, nugaros smegenų ir stuburo arterijos (13 - 48,1% vaikų) patologija, pasireiškianti miatoninio sindromo (8 vaikai) ir akušerinio rankos paralyžiaus (4) forma. Nugaros juosmens srities smegenų sustorėjimo pažeidimai pasireiškiantys vangios apatinių galūnių paraparezės forma nustatyti 6 (22,2%) vaikams. Be to, 6 vaikams (22,2%) konstatuoti simptomai nugaros smegenų pažeidimų tiek juosmens, tiek kaklo srityse vienu metu.

Pateiktų duomenų analizė rodo, kad nėra aiškos koreliacijos tarp nervų sistemos pažeidimų dažnumo vaikų, gimusių cezario pjūvio operacijos būdu, ir motinos amžiaus, iš vienos pusės, ir ankstesnių nėštumų ir gimdymų skaičiaus, iš kitos pusės. Centrinės nervų sistemos natalinių traumų tikimybė išauga neišnešiotų (50%), didelių (iki 40,9%) ir pernešiotų vaisių (iki 42,85%) atvejais.

Gimdymo komplikacijos, gimdyvių rizikos būsenų, kurios tampa indikacijomis cezario pjūvio operacijai, skaičiaus padidėjimas, daro tam tikrą įtaką vaikų traumatizmo lygiui, tačiau jie negali visiškai paaiškinti gimdymo traumų mechanizmo tų naujagimių, kurie buvo išimti operacijos, atliktos planingai ir savalaikio nėštumo pabaigoje, metu.

Mūsų nuomone, sveikam vaisiui nugaros smegenų traumą gali sukelti šios cezario pjūvio operacijos metu galimos klaidos:

1. Nepakankamas gimdos pjūvio ilgis. Nepakankamas pjūvio ilgis apsunkina ne tik galvos, bet ir vaisiaus pečių juostos išėmimą. Daugelio akušerių nuomone, skersinis pjūvis apatiniame segmente turi atitikti didžiausią galvytės skersmenį, t.y. 12-13 cm, tačiau gaunamas chirurginės žaizdos apskritimo ilgis yra lygus tik 24-26 cm, tuo metu kai galvytės apimtis - 32 cm, o vaisiaus pečių juostos apimtis, laikoma, yra lygi 35 cm. Tai paaiškina tuos sunkumus, su kuriais susiduria chirurgas išimant galvytę ir pečių juostą esant nepakankamo ilgio gimdos pjūviui.

2. Po to, kai iš gimdos išimama galvytė, chirurgas ištraukia pečių juostą traukdamas už vaisiaus galvytės (10 pav.), sėdmenų pirmeigos atveju vaisius traukiamas laikantis už sėdmenų (11 pav.). Tokios traukijos gali sukelti kaklo srities stuburo patempimą ir gali būti naujagimio neurologinių komplikacijų priežastimi. Tuo pačiu metu apvali galvytės forma padeda lėtai ir palengva išplėsti pjūvio apskritimą (dėl šio priežasties vaisiaus galvos smegenų traumos tikimybė cezario pjūvio atvejais yra santykinai maža), tuo metu kai pečių juostos stačiakampio forma apsunkina pečių išėmimą ir pečiai „užstringa“ gimdos ertmėje. Pečių išėmimas (traukiant už galvytės) iš akušerio reikalauja didesnių pastangų, dėl kurių vaisiaus kaklas pradžioje maksimaliai ištempiamas, ir tada įvyksta pečių juostos gimimas. Kaklo patempimas kai kuriais atvejais traumuoja nugaros kaklo srities sustorėjimo smegenis ar vaiko stuburo arterijas.



Pav. 10. Vaisiaus išėmimo momentas cezario pjūvio būdu traukiant už galvytės. Ši akušerinės pagalbos priemonė gali traumuoti vaisių.

3. Pernelyg energingos traukijos už peties juostos išimant apatinę vaisiaus kūno dalį taip pat gali būti patempimo priežastimi, ir atitinkamai, vaiko nugaros smegenų juosmens dalies sustorėjimo arba Adamkėvičiaus arterijos traumų priežastimi.



Pav. 11. Vaisiaus ekstrakcija už sėdmenų cezario pjūvio operacijos metu gali traumuoti naujagimį.

Atsižvelgiant į aukščiau išdėstytą, mūsų nuomone, derėtų peržiūrėti kai kurias cezario pjūvio operacijos technikos detales. Akivaizdu, kad įprastiniai šios operacijos atlikimo metodai kai kuriais atvejais yra labai traumuojantys ir kelia didelę grėsmę vaisiaus nervų sistemai, ypač jo stuburo smegenų vientisumui. Spinalinės traumos šiais atvejais dažnos ir jas gali sekti staigus kvėpavimo sustojimas. Jeigu atsižvelgti į tai, kad aiškiai ryškėja tendencija plėstis indikacijų atlikti cezario pjūvio operaciją ratui ir tai yra racionalu daugeliu atveju, tai yra akivaizdu, kad būtina imtis priemonių, kurios pašalintų tokią aukštą naujagimių nervų sistemos gimdymo traumų tikimybę. Tokių priemonių paieškai ir buvo skirtas mūsų tyrimas.

VAKUUMINĖ EKSTRAKCIJA IR AKUŠERINĖS REPLĖS. KAS GERIAU?

Blogas tas akušeris, kuris negali išlaukti gamtos atsargios taktikos, nori priimti gimdymą pagal chirurgijos principus ir visada griebiasi replių ar kitų operacijų. Kuo aktyvesnė pagalba gimdymui, tuo ji pavojingesnė! Įvairovė ir nekantrumas tik kenkia.

E. Bum'as, 1913 m.

Kas motinai ir naujagimiui yra geriau: vakuuminė ekstrakcija ar akušerinės replės?

Vertinant vienos ar kitos akušerinės pagalbos operacijos reikšmę visada reikia pirmiausia įvertinti tokios pagalbos pasekmes gimdyvei ir naujagimiui. Daugelio akušerių atmintyje išliko taip vadinami "repliniai" vaikai - vaikai išimti akušerinių replių pagalba su aiškiai išreikštais kaukolės-smegenų gimdymo traumų požymiais. Mes nusprendėme atlikti stebėjimus, kaip vyksta „vakuuminių“ vaikų (ištrauktų vakuuminės ekstrakcijos būdu) vystymasis.

Iki šių laikų nėra suformuotas vieningas požiūris dėl vaisiaus vakuuminės ekstrakcijos ir akušerinių žnyplių panaudojimo operacijos. Paskelbta santykinai neišsami ir prieštaringa informacija apie šių operacijų pasekmes motinai ir vaisiui dezorientuoja gydytojus akušerius komplikuočių gimdymų priėmimo taktikos klausimais.

Pirmą kartą literatūroje vaisiaus vakuuminė ekstrakcija buvo paminėta 1706 metais. W. James'as, R. Jonge'as pranešė apie užsitęsusio gimdymo atvejį, kai "stiklo puodelis, sujungtas su oro surbliu ir pritvirtintas prie vaiko galvos padėjo priimti gimdymą". Akušerijos renesanso epochos klasikai visi beveik tuo pačiu metu pasiūlė daugybę įvairių būdų, kaip akušerinės operacijos intervencija gali padėti gimdymui, įskaitant ir operaciją, nagrinėjamą šiame skyriuje.

Nuo pat savo atsiradimo momento vakuuminės ekstrakcijos metodas surasdavo tiek šalininkų, tiek ir kategoriškų priešininkų. Kartu šalia kupinų susižavėjimo palankių atsliepimų pasirodydavo ir priešiško nuomonės. Vienas iš jų: "Mes labai bijome, kad šitas siūlomas replių pakaitalas gali sukelti nusivylimą. Mes bijome, kad kūdikio kaukolė bus sudraskyta arba parietalinis kaulas iššoks išorėn". Kaip mes savo tyrimų eigoje galėjome įsitikinti, akušerijos klasikų baisi pranašystė pildosi beveik kiekvienu atveju, kai gimdymas vyksta operacinio įsikišimo būdu.

Ankstesniais metais egzistavo savotiškas požiūris į vakuuminį aparatą. Taip, R. Arnott'as nurodo, kad "pneumatinis ekstraktorius labai tinka akušerinės operacijos tikslams kaip plieno replių pakaitalas rankose žmonių, kurie stokoja rankų miklumas ar dėl patirties stokos, ar iš prigimties". Ši frazė iš esmės daugiausiai ir atspindi šio metodo išsivystymo, požiūrį į jį ir gali paaiškinti pernelyg didelį jaunų to meto gydytojų tarpe susižavėjimą vakuumu. Jau seniai buvo atsisakyta tokių pasiūlymų naudoti vakuuminius ekstraktorių, pavyzdžiui, tais atvejais, kai gimdyvė nuvargsta nuo gimdymo (J. Brej'us, 1961), arba palengvinti pirmą kartą gimdančioms gimdyvėms normaliai vykstantį nėštumą (B. Docuer, 1957) arba "tiesiog iš užuojautos moterims."

Didelio sužavėjimo vakuumine ekstrakcija epochą pakeitė griežtai neigiamo požiūrio į ją periodas. Tačiau pastaraisiais metais kai kuriose gimdymo įstaigose vakuuminiai aparatai vėl ima atrasti savo vietą ir yra naudojami vietoje akušerinių replių operacijos.

Atsižvelgiant į šiuos prieštarigus duomenis, mes pabandėme palyginti motinų ir vaikų, gimusių vakuuminės ekstrakcijos ir akušerinių replių pagalba, sveikatos būklės rezultatus ilgalaikėje perspektyvoje. Buvo analizuojamos 75 gimdymo, pasibaigusių vaisiaus vakuumine ekstrakcija, istorijos ir šių vaikų, kurie sudarė pirmąją grupę, katamnezė. Gauti duomenys buvo palyginti su 565 gimdymų, kurie baigėsi akušerinių žnyplių operacija, rezultatais (2 grupė). Indikacijomis atlikti vakuuminę ekstrakciją 55% gimdymų atvejais buvo vaisiaus hipoksija (reikėtų paminėti, kad dalis iš analizuotų gimimo istorijų vyko 1970-1980 metais, kai ši operacija buvo taikoma labai plačiai, net ir grėsmingos hipoksijos atvejais, kas šiais laikais yra skaitoma

kontraindikacija vakuuminei ekstrakcijai), 32% operacijos buvo atliktas dėl silpnų stangų periodo, 13% buvo pastebėtas šių komplikacijų derinys. Operacija buvo atliekama su taurelėmis Nr.Nr. 5,6 esant neigiamam slėgiui 0,8 atm ir truko 35 gimdymų metu iki 5 minučių, 43 - 10 minučių, 18 gimdymų - 20 minučių, 4 - virš 20 minučių. 30% gimdymų operacijos prasidėjo galvytei esant plačiojoje mažojo dubens ertmės dalyje, 62% - siaurojoje dalyje, 8% vakuuminė taurelė buvo uždėta ant galvytės, esančios dubens dugne. Didžioji dauguma naujagimių svėrė nuo 2500 g iki 3500 g (63%), 10% buvo didesni vaikai, neišnešiotas - 1 vaikas. Iš 75 vaikų 38 buvo ištraukti asfiksijos būsenoje ir jiems buvo taikoma reanimacija.

Gimdymo namuose vaisiaus nervų sistemos pažeidimai buvo nustatyti 60% vaikų, ištrauktų vakuuminės ekstrakcijos būdu, iš jų galvos smegenų traumas mes radome pas 20%, nugaros smegenų kaklo srities sustorėjimo neurologinę simptomatiką, pasireiškusi akušerinio paralyžiaus, miotoninio sindromo, spastinės tetraparezės formomis, rasti pas 23,4% vaikų, , nugaros juosmens srities smegenų sustorėjimo pažeidimo požymiai, pasireiškę apatinių galūnių paraparezės formoje, rasti pas 16,6% vaikų, nugaros ir galvos smegenų pažeidimų derinių požymiai buvo rasti pas 14,5% vaikų.

Pakartotinė apžiūra buvo atlikta 58 iš 75 vaikų, ištrauktų vakuuminės ekstrakcijos būdu. Vaikų amžius pakartotinės apžiūros metu buvo: 6 mėnesiai - 8 vaikų, 12 mėnesių - 22, 1 - 5 metų - 24, 6 metų - 18 vaikų.

Simptomatika, rodanti nervų sistemos pažeidimą, išliko 45% vaikų. Dar 18% vaikų, kurie buvo laikomi sveikais, nustatyti galvos smegenų struktūrų nukrypimai dar pirmosios apžiūros gimdymo namuose metu, parodė tokią pačią simptomatiką ir antrosios apžiūros metu, kai kurie iš jų - 48% su psichikos sutrikimais. 10 iš šių vaikų yra registruoti psichiatro įskaitoje, keturi mokosi pagalbinėje mokykloje.

Pakartotinės apžiūros metu nugaros smegenų neurologinės patologijos požymių aptikta 29% vaikų miotoninio sindromo (16,8%), akušerinio paralyžiaus (5,4%), apatinės vangios paraparezės su aiškiai išreikštais simptomais (6,8%) formose.

Kas ketvirtas vaikas, ištrauktas vakuuminės ekstrakcijos būdu, dažnai serga pneumonija, 25% vaikų su nervų sistemos traumų požymiais turi silpną regėjimą, priversti nešioti akinius. Riksmas naktį pastebėtas pas 25,4% vaikų, jie neramūs, neadekvačiai reaguoja į pastabas, yra nestabilios psichikos, nekomunikuoja su savo bendraamžiais.

Vienam vaikui pakartotinio patikrinimo metu nustatytas momenkaulio įspaudimas vakuuminės taurelės uždėjimo vietoje. Berniukas gimdamas svėrė 3500 gramų, vakuuminė taurelė buvo uždėta ant galvytės, esančios plačiojoje mažosios dubens ertmės dalyje. Indikacijas gimdymo pagalbos operacijai buvo 1-2 laipsnio vaisiaus hipoksija, operacijos trukmė - 15 minučių. Berniukas patikrinimo metu buvo 6 metų ir 9 mėnesių amžiaus, yra registruota psichiatro įskaitoje, lengvai susijaudina. Apžiūros metu buvo aiškiai matomi žymi raumenų hipotonija, stambiųjų sanarių rekurvacija, sustiprėję rankų propriocepciniai refleksai ir susilpnėję kojų, tai rodo atskirų sričių nugaros smegenų pažeidimų derinį. Dešiniojo momenkaulio plote yra įduba 8x4x1 cm dydžio, neskausminga palpuojant. Šis vaikas turi vieną iš gana retų vakuuminės ekstrakcijos panaudojimo sukeltų komplikacijų - momenkaulio lūžis vakuuminės taurelės uždėjimo vietoje.

Sunkiausios pasekmės buvo pastebėtos pas vaikus, kurie patyrė intrauterinę hipoksiją. Šiurkščios mechaninės jėgos poveikis ir taip jau kenčiančio vaisiaus kaukolę hipoksinių ir hemodinaminių sutrikimų fone sukėlė sunkias neurologines patologijas 72% tokių vaikų. Toks didelis neurologinių sutrikimų dažnumas yra paaiškinamas "biochemine trauma", kilusia dėl vaisiaus kančių ir pačios ekstrakcijos atlikimo trukmės.

Tokios nėštumo komplikacijos kaip vėlyvos toksikozės, persileidimo grėsmė, nėščiųjų anemija sudaro palankias sąlygas kilti vaiko nervų sistemos traumoms. Labai pavojingos yra tokios gimdymo komplikacijos kaip ankstyvas vaisiaus vandenų nutekėjimas, silpna gimdymo veikla, kas ir lėmė sprendimą teikti instrumentinę pagalbą gimdymui.

Kiekvieną akušerį domina galimybė prognozuoti vaiko, gimusio vakuuminės ekstrakcijos būdu, vystymosi raidą. Mes išanalizavome vaikų būklę priklausomai nuo tokių faktorių, kaip galvytės nusileidimo aukštis vakuuminės taurės uždėjimo momentui, ekstrahavimo operacijos trukmė ir vaiko svoris. Svarbus veiksnys, lemiantis naujagimio sveikatos būklę, yra galvytės nusileidimo aukštis vakuuminių taurelių uždėjimo momentu.

Jei vakuuminė taurė būdavo uždėdama ant galvytės, esančios plačiojoje mažojo dubens ertmės dalyje, tai traumuoti buvo beveik visi vaikai. Jeigu taurė buvo dedama ant galvytės, esančios siaurojo mažojo dubens dalyje, nervų sistemos sužalojimo simptomai buvo rasti pas 50% vaikų, ir galiausiai, jei galvytė vakuumo taurės uždėjimo momentu buvo dubens dugne, sužalojimus patyrė 27,2% vaikų. Jeigu vakuuminės ekstrakcijos operacija užsitęsia 20 minučių ir daugiau, visiems vaikams be išimties, deja, išsivysto sunkios neurologinės patologijos, kurias sukelia tiek pačios operacijos trukmė, tiek ir patologinio proceso buvimas, dėl kurio teko skubiai taikyti instrumentinę pagalbą. Jeigu operacijos trukmė būdavo 15 minučių, nervų sistemos pažeidimai aptinkami 80% ištrauktų vaikų, operacijos trukmei esant iki 10 minučių neurologiniai simptomai pastebimi pas 66,7% vaikų, ir mažiausiai pažeidimų buvo aptinkama ekstrakcijos trukmei esant 3-5 minutėms - 22,2%.

Didelę reikšmę prognozių požiūriu turi vaisiaus svoris gimimo momentu. Jei vaiko, ištraukto vakuuminės ekstrakcijos būdu, svoris 4 kg ir daugiau, neurologines patologijas turi 80% tokių naujagimių, pas gimusius 3,5-4 kg svorio neurologinės patologijos pastebėtos 67% vaikų, pas kas antrą gimimo momentu svėrusį 2,5-3,5 kg galima rasti vienokią ar kitokią neurologinę simptomatiką.

Tokiu būdu, iš šių trijų parametrų (instrumentinės pagalbos trukmė, galvytės nusileidimo aukštis, svoris gimimo metu), darančių esminį tolesniam vaiko vystymuisi, mūsų nuomone, reikšmingi yra du – galvytės nusileidimo aukštis vakuuminės taurės uždėjimo momentui ir ekstrakcijos trukmės laikas. Minimaliai kenkia ir yra optimalus tolesnei vaiko raidai 3-5 minutes trunkanti ekstrakcija ir galvytės, esančios mažojo dubens dugne arba siaurosios dalies ertmėje.

Į mūsų vieną iš atviručių su kvietimu apsilankyti apžiūrai mes gavome laišką, kurio turinys neabejotinai sudomins daugelio specialybių medikus.

Gimdymo istorija yra tokia. Gimdyvė K., 37 metų amžiaus, inžinierė, nesusituokusi, gimdė pirmą kartą, nėštumas pakartotinis (ankstesnis nėštumas prieš metus baigėsi persileidimu 8 nėštumo savaitę), į gimdymo skyrių buvo paguldyta spalio 2 d. 24 valandą prasidėjus sąrėmiams. Apžiūrint vizualiai dubens dydis normalus, nesumažintas. Nėštumas vyko normaliai be komplikacijų, persirgtos ligos – infekcijos vaikystės amžiuje.

Pirmasis gimdymo laikotarpis ir antrojo laikotarpio pradžia vyko be komplikacijų. Antrojo laikotarpio pabaigoje auskultacija parodė vaisiaus širdies plakimo sulėtėjusį dažnį 96 k./min. Atlikta įprastinė vaisiaus hipoksijos terapija, kuri vaiko būklės nepagerino. Gydytojas nusprendė užbaigti gimdymą vakuuminiu ekstraktoriumi.

Ant galvytės, esančios siaurojoje mažojo dubens ertmės dalyje, buvo uždėtas vakuuminis gaubtuvėlis Nr. 5, vakuuminė ekstrakcija truko 15 minučių. Buvo ištrauktas gyvas berniukas. Akušeris, kuris priėmė gimdymą, vaiko būklę įvertino 8 balais pagal Apgar skalę, neonatologas, kuris buvo tuo metu gimdymo skyriuje, naujagimio būklę įvertino 5 balais. Toks naujagimių būklės vertinimo, kurį duoda akušeriai ir neonatologai, neatitiktikas, prieštaravimas yra dažnas visame pasaulyje ir diktuoja būtinybę, kad gimusio vaiko būklę įvertintų ir gydytojas-neonatologas. Po 5 minučių vaiko būklė buvo įvertinta 7 balais. 5 gyvenimo dieną naujagimį apžiūrėjo neurologas ir jam buvo diagnozuota - miotoninis sindromas.

10-ąją gyvenimo dieną kūdikis su laiminga motina yra išleidžiami iš ligoninės, moteris pasirašo, kad gavo gyvą visavertį vaiką. Patenkinti visi - 37-metų amžiaus vieniša moteris, kuri gavo ilgai lauktą kūdikį, ir akušeris, kuris išgelbėjo dar vieno vaiko gyvybę. Ryšys tarp akušerio ir laimingos šeimos nutrūksta. Ir štai, praėjus 6 metams, ateina tokio turinio laiškas.

"Gerbiami draugai! Aš, (vardas, pavardė), gimdžiau „Raudonojo kryžiaus) gimdymo namuose, informuoju, kad mano sūnus O. serga. Berniukas serga sunkia encefalopatijos forma, epilepsija su propulsinio tipo traukuliais (berniukas patiria priepuolius iki 200 kartų per dieną). Diagnozė: sunkios intranatalinės hipoksijos pasekmės. Šiuo metu (jam - 5 metai 4 mėnesiai), jis savarankiškai beveik ne sėdi, vaikšto tik su pagalba, visai nekalba. Atpažįsta artimuosius."

Mums atrodo ginčytina diagnozė, kurią nustatė apylinkės neuropatologas vaiko ambulatorinėje kortelėje ir kurį perrašo motina: "sunkios intranatalinės hipoksijos pasekmės". Kaip interpretuoti auskultacijos tyrimo duomenis - 96 dūžiai per minutę - antrajame gimdymo laikotarpyje ir galvytę, nusileidusią siauroje mažojo dubens ertmės dalyje? Hipoksija?

Prieš atsakant į šį klausimą derėtų priminti, kad stetoskopui, kuriuo akušeriai klauso vaisiaus širdies plakimą, jau apie 200 metų (stetoskopą išrado - R. Laennec 1818 m., pirmą kartą auskultacijai akušerijos praktikoje jį panaudojo R. Karcaradec 1822 m.). Auskultacijos metodas yra paprastas, prieinamas praktiškam akušeriui, absoliučiai saugus, tačiau tuo pačiu metu nesuteikia galimybės išgirsti tikrąjį širdies plakimo dažnį - vaisiaus širdies susitraukimų dažnis viršija girdimą auskultacijos būdu 10-15 tvinksnų per minutę, ir ši aplinkybė, deja, ne visada yra įvertinama gydytojų ir akušerių.

Taigi, tikrasis vaisiaus širdies susitraukimų dažnis mūsų nagrinėjamu atveju buvo 106-111 tvinksnų per minutę. Būtina priminti, kad šis širdies susitraukimų dažnis buvo stebimas aukščiausios galvos konfigūracijos momentu - pirmėigos dalis (vedamasis taškas) buvo siauroje mažojo dubens ertmės dalyje. Tokiu būdu, bradikardija greičiausiai buvo vagusinės kilmės, o ne hipokseminio pobūdžio. Tačiau, žinoma, visiškai atmesti vaisiaus kančių šiuo atveju tikimybę negalima, kaip ir neįmanoma, tiesą sakant, sutikti su kategorišku apylinkės pediatro teiginiu, kad vaiko neurologinė būseną yra išimtinai tik intrauterininės hipoksijos rezultatas. Liūdnas rezultatas – greičiausiai yra vakuuminės ekstrakcijos panaudojimo prasidėjusios hipoksijos fone pasekmė.

"... Yra nuolat stebimas neuropatologo (Respublikinės vaikų ligoninės ir apylinkės psichiatro) nuo trijų mėnesių amžiaus. Buvo konsultuojamas vaikų nervų ligų klinikoje profesoriaus Ratner'io ir Maskvoje. Buvo gydomas nuo epilepsijos (pagerėjimas nežymus), iki dviejų metų buvo daromas masažas (profesionalios masažistės).

Šiuo laikotarpiu persirgo plaučių uždegimu, dizenterija, neseniai gripu. Parodyti Jums savo berniuką nėra prasmės, diagnozė yra teisinga, jo liga yra „plika akimi matoma“. Jums, tikriausiai, to reikia statistikai. Jei Jums reikalinga informacija, aš galiu atvykti, bet be berniuko, kadangi šiuo metu šiuo metu gyvename Lenino rajone, vaikas yra auklėjamas namų sąlygomis ir beveik negali keliauti (bijo).

Pagarbiai - parašas".

Labiau tragiško laiško turinios neįmanoma sugalvoti. Labiausiai sukrečia tai, kad nelaiminga mama savo laišką baigia žodžiu "Pagarbiai" gimdymo namų ir tiesiogiai kreipiasi į akušerius:

"Aš pagimdžiau su vakuomo pagalba ir esu įsitikinusi, kad jis padarė savo neigiamą poveikį berniukui. Mano nėštumas vyko be jokių nukrypimų nuo normos, gimdymas truko 14 valandų, kas žino, jeigu ne vakuumas, galbūt berniukas nebūtų toks beviltiškai ligotas. Nėra jėgų žiūrėti į jo kančių, kai jį krato, ypač ryte.

Aš užkeikiu gydytojus nenaudoti vakuomo, šitiek kančių ir vardan ko ... "

Už šito laiško slepiasi dviejų žmonių siaubingas likimas. O kiek motinų, pagimdžiusių vakuuminės ekstrakcijos būdu, galėtų parašyti kažką panašaus? Tūkstančiai ...

Tačiau, kas gi yra geriau motinai, vaisiui ir naujagimiui: vakuuminė ekstrakcija ar akušerinės replės?

Pirmiausia, mes palyginome motinų sveikatos būklę (žr. lentelę Nr. 2).

Didžioji dalis abiejų grupių moterų – pirmakartės, nuo 20 iki 30 metų amžiaus, dažniausiai sutinkamos komplikacijos buvo gestozė ir persileidimo grėsmė, 92% moterų nėštumas buvo normalios trukmės. Šiam nėščiųjų kontingentui būdinga dažnos gimdymo komplikacijos, kas i

nulėmė sprendimą gimdymus baigti instrumentiniu būdu. Dominavo nesavalaikis vaisiaus vandens nutekėjimas, gimdos susitraukimų silpnumas, vaisiaus hipoksija.

Lentelė Nr. 2

Lyginamoji gimdymo metodų charakteristika (%)

Komplikacijos	Fiziologinis gimdymas (galvinė pirmeiga)	Vakuuminė ekstrakcija	Akušerinės replės
1	2	3	4
Motiniai: Motinų mirtingumas infekcinės komplikacijos po gimdymo	15	20	1,26 68,3
tarpvietės traumos	18	81,5	86,1
Naujagimiui: perinatalinis mirtingumas galvos smegenų traumos nugaros smegenų traumos pirmeigės dalies pažeidimai akių tinklainės kraujosruvos kraujas nugaros smegenų punctate kefaloematoma kaukolės kaulų traumos maujagimių asfiksija	 1,8 2,07 31 - 10,5 10 1 – 2 0,9 11,5	 3,38 20 40 14 31,6 50 6 10 19,2	 11,6 30,5 45,3 31,3 70 80 8 15 55,9
Viso gimdymų	325	75	565

Jeigu moterų, gimdžiusių vakuomo pagalba, grupėje gimdyvių mirtingumo nėra, tai antroje grupėje jis staiga išauga, pasiekia 1,2%. Šių moterų mirties priežastys yra šios: pogimdyminis kraujavimas dėl nežinomo nepilno gimdos plyšimo apatiniame segmente, tromboembolija kaip giliųjų dubens venų tromboflebito komplikacija, sepsis.

Gimdymo takų minkštųjų audinių plyšimų dažnumas yra beveik vienodas, tačiau ne vienoda yra struktūra. Jei pirmoje grupėje dominuoja vulvos žiedo išplėtimas, tarpvietės pirmo laipsnio plyšimai ir nėra III laipsnio tarpvietės plyšimų, tai 2 grupėje tarpvietės III laipsnio plyšimų procentas siekia 9,4, , kas yra paaiškinama pirmeigės dalies tūrio padidėjimu dėl uždėtų replių.

Motinų, kurioms gimdymas buvo užbaigtas su akušerinių replių pagalba, laukia liūdnos pasekmės ilgalaikėje perspektyvoje. Gali išsivystyti menstruacinio ciklo sutrikimai (9,5%) ir antrinis nevaisingumas (3,8%), sąlygotas pogimdyvinio periodo komplikacijų. Bet ir tai nėra blogiausia. Beveik pas kas antrą (44%) iš šių moterų nustatytas funkcinis šlapimo nelaikymas greitai einant, kosint, čiaudant. 10% iš jų - dujų ir skystų išmatų nelaikymas. Vargu ar reikia aiškinti, kad šie sutrikimai labai slegia moteris, atimta iš jų normalaus bendravimo su žmonėmis

galimybę, sukelia nervinius sutrikimus. Tokia yra replių "kaina". Nieko panašaus nebuvo pastebėta tarp motinų, gimdžiusių vakuuminės ekstrakcijos būdu.

Naujagimių, ištrauktų akušerinių replių pagalba, tarpe žymiai (palyginus su I grupės vaikais) padidėja perinatalinio mirtingumo skaičius, dažnesnės yra galvos ir nugaros smegenų traumos (žr. Lentelę Nr.2), kraujavimas akių dugne, kraujas stuburo smegenų punktate aptinkamas žymiai dažniau, kas yra sunkios gimimo traumos tiesioginis įrodymas.

Akušerines reples pasiūlė XVII amžiuje gydytojų Šamberlanovų šeima. Neįtikėtina: nuo tų laikų replių šaukštų forma ir išlenkimo dydis nepakito. Ir tai nepaisant to, kad akseleracijos procesai paveikė ir kūdikius - vaikai tampa didesni. Pakanka mintimis vizualiai įsivaizduoti replių šaukštų dydį ir galima pamatyti, kad šis dydis neatitinka XX amžiaus išnešio to naujagimio galvutės formos ir dydžio. Akušeriai uždėję reples labai dažnai replių rankenoms suspausti naudoja savo abiejų rankų jėgą! (vienos rankos jėgos nepakanka), užmiršdami tai, kad lygiai su tokia pat galia grubiais metaliniais šaukštais yra spaudžiama kūdikio kaukolė.

A. Slepų duomenimis, net teisingai uždėjus akušerines reples intrakranijinis vaiko kaukolės spaudimas padidėja 20 kartų. Jei akušeriai ir toliau kels klausimą tokiu būdu, kas yra geriau – vakuuminis ekstraktorių arba akušerinės replės, mes tikriausiai nepasieksime esminio perinatalinio sergamumo ir mirtingumo rodiklių sumažinimo. vienareikšmiškas - ir viena ir kita yra didelis blogis vaisiui. Abi operacijos daro neigiamą poveikį motinos ir vaiko sveikatai. Jos negali būti vertinamos kaip konkuruojančios tarpusavyje, kiekvieno iš jų turi savo indikacijas ir kontraindikacijas. Reikėtų siekti šių traumuojančių gimdymo užbaigimo metodų atsisakymo šiuolaikinės akušerijos praktikoje ir pirmenybę teikti cezario pjūviui.

VE ir AR naudojimą gimdymo namų praktikoje reikėtų vertinti kaip padidintos rizikos nėščiųjų ir gimdyvių būklės neteisingo vertinimo arba netinkamos diagnostikos bei terapijos rezultata, kaip pasekmę savalaikiai nerealizuoto planingo cezario pjūvio, kurio būtinybę rodė indikacijos. Tačiau praleidus galimybę užbaigti gimdymą cezario pjūviu ir iškilus būtinybei pasirinkti gimdymo užbaigimo metodą, mūsų nuomone, tokiu atveju derėtų atiduoti pirmenybę (atsižvelgiant į rezultatus) vaisiaus vakuuminei ekstrakcijai.

NEUROLOGIJA AKUŠERIAMS

Verba magistri *
(mokytojo žodžiai (lot.))

Akušeriui yra ypatingai svarbu žinoti naujagimio gimdymo traumų pagrindinius neurologinius simptomus, ypač stuburo smegenų traumų.

Ne visuose gimdymo namuose gimdymai vyksta dalyvaujant neonatologu. Ir pirmasis, kuris apžiūri naujagimį yra akušeris. Taigi, kas, jei ne jis, akušeris, žinantis gimdymo akto proceso ypatybes, gimdymo užbaigimo pagalbos priemonių, kurias jis naudojo gimdant naujagimį, poveikio stiprumą ir pobūdį, turėtų būti suinteresuotas savo darbo rezultatais? Būtent akušeris susiklosčius nepalankioms naujagimui aplinkybėms pirmasis turėtų skelbti aliarmą, kad kuo greičiau būtų pradėta reabilitacinė terapija.

Prieš pradedant kalbėti apie tipinius neurologinės patologijos pasireiškimus būtina tarti keletą žodžių apie galvos ir nugaros smegenų kraujotaką.

Galvos smegenis krauju aprūpina 2 magistralinės galvos indų poros – vidinės miego ir slankstelinės arterijos, ateinančios iš vieno šaltinio – aortos lanko šakų. 2/3 viso kraujo, patenkančio į smegenis, atiteka vidinėmis miego arterijomis, o 1/3 – slankstelinėmis. Pirmosios sudaro karotidinę, antrosios – vertebro baziliarinę sistemą.

Vertebro baziliarinė sistema aprūpina krauju kaklo srities nugaros smegenis, smegenų kamieną ir smegenėles, diencefalinę smegenų sritį (požievį) ir užpakalines (pakaušines) didžiųjų smegenų pusrutulių dalis. Tose pakaušinėse didžiųjų smegenų pusrutulių zonose yra ir žieviniai

smegenų regos centrai. Todėl sutrikus kraujotakai šiose smegenų srityse žmogus gali apakti, nors jo akys bus visiškai sveikos.

Slankstelinė arterija yra pirmoji ir stambiausia poraktinės arterijos šaka. Kildama į viršų ir atgal apie 5-8 cm, slankstelinė arterija 6 stuburo kaklo srities slankstelio lygyje patenka į kaulų kanalą, sudarytą iš skersinių šonkaulių kaklo slankstelių ataugų kiaurymių, kuriame ji tęsia kelią vertikalia kryptimi iki išėjimo iš 2 kaklo slanksteleio skersinės ataugos. Šiame lygyje slankstelinė arterija nukrypsta į išorę 45° tam, kad įeiti į skersinės atlantinės ataugos kriaurymę. Išeidama iš jos, slankstelinė arterija staiga keičia kryptį iš vertikalios į horizontalią, aplenkia užpakalinį atlanto kūno paviršių ir, pasukusi viršun ir į priekį, per didžiąją pakaušio kriaurymę patenka į kaukolės ertmę.

Aprašyta dalis yra priskiriama ekstrakranijiniam skyriui, toliau slankstelinė arterija eina jau kaukolės ertmės viduje. Galinio Varolijaus tilto pakraščio lygyje jos sujungia su pagrindine arterija.

Slankstelinė arterija gauna segmentinę spinalinę inervaciją. Judėjimo inervaciją ji gauna iš kaklo simpatinių mazgų. Stuburo nervo šakos tęsiasi į slankstelinę arteriją ir sudaro stuburo rezginį - stambialapę periarterialinę nervų sistemą. Hipoplazija vienos iš slankstelių arterijų (paprastai dešinės) įvyksta apie 10% atvejų, vienos iš jų nebuvimas (vėlgi – dažniau dešinės) - 3%.

Slankstelinės arterijos yra nuo 4 iki 6 mm spindžio skersmens, kairės slankstelinės arterijos spindis platesnis nei dešinėsios. Beje, patologoanatomai niekaip negali prieiti vieningos nuomonės - kodėl visi pakitimai visų pirma susiję su dešiniąja slanksteline arterija? Tačiau akušeriai, manome, gali duoti atsakymą į šį klausimą.

Atminkite, kad dauguma (70-75%) vaisių gimsta I pozicijoje. Akušerė išvesdama priekinį petį (šioje padėtyje - dešinįjį) traukia gimusią galvytę maksimaliai žemyn, t.y. tiesiog pernelyg ištempia (o tai reiškia, kad kai kuriais atvejais ir traumuoja), dešinę vaisiaus kaklo pusę.

Ar ne manote, brangūs kolegos akušeriai, kad kai kuriais atvejais susiaurėjimas, hipoplazija ar dešinės slankstelinės arterijos nebuvimas pas suaugusius pacientus nėra vystymosi apsigimimų pasekmė, bet yra mūsų plačiai taikomų gimdymo pagalbos priemonių panaudojimo rezultatas?

Slankstelinė arterija ekstrakranijinėje savo dalyje šakojasi į raumenis, kaulų ir raiščių aparatus stuburo kaklo srityje. Tarpslankstelių kiaurymių srityje nuo jos atsišakoja šakos į kaklo srities stuburo smegenis, kurios gauna vaskuliarizaciją iš kelių neporinių šakninių spinalinių arterijų.

Intrakranijine dalimi slankstelinės arterijos aprūpina kietuosius galvos smegenų dangalus, smegenų kamieną ir smegenėles. Pagrindinė arterija susidaro susijungus dviem slankstelinėms arterijoms. Pagal histologinę struktūrą slankstelinės arterijos ekstrakranijiniame segmente yra priskiriamos raumenų elastingų arterijų grupei.

Stuburo kaklo srities smegenys gauna inervaciją iš ekstra-, daugiausiai, ir intrakranijinių slankstelių arterijų. Intrakranijinės šakos aprūpina krauju keturius viršutinius segmentus - C1-C4 -, likusius segmentus ir pirmuosius krūtinės – spinalinės slankstelinės arterijos.

Tyrimai pastaraisiais metais leido kalbėti apie uždara ekstrakranijinės dalies mechanizmą. Pakanka susiaurinti slankstelines arterijas 30 - 40% ir momentaliai į šį mechaninį dirgiklį sureaguos periarterinės nervų galūnės, apraizgiusios slankstelines arterijas, kas sukels slankstelių arterijų spazmus su iš to sekančia ūmia galinių kraujotakos skyrių išemija.

Glaudžiai priglundusios prie kaulų darinių ir darančios savo kelyje 4 vingius slankstelinės arterijos fiziologinėms sąlygoms yra lengvai veikiamos kompresijos paprastai ties dorsaline atlanto lanko briaunos puse arba ištempimui keičiantis kūno pozicijai. Tai iš karto sumažina kraujo tekėjimą vienoje iš jų. Suaugusiųjų neurologijoje yra žinomi simptomai, kurie atsiranda, kai galva yra pasukama panaudojus jėgą, ypač ją nulenkiant ir atlenkiant.

Aprašytos sunkiausios komplikacijos praktikuojančių joga, šokančių breiką praktikoje. Autoriai rado trombozes slankstelinėse ir pagrindinėse arterijose, o taip pat infarktus galvos smegenų kamienne ir stuburo kaklo srities smegenyse, ir visiškai pagrįstai autoriai teigė, kad tai yra slankstelių arterijų atlanto lanko lygyje suspaudimo ir trauminio pažeidimo pasekmė dėl staigių

rotacinių galvos judesių. Yra žinomi ataksijos, galvos svaigimo, regos sutrikimų atvejai bandant įsukti elektros lemputę, sukanč galvą ir taip toliau.

Paprastai kraujotakos sutrikimai slankstelinėse arterijose kyla dėl slankstelių arterijų ar jų nervų rezginių dislokacijos ar suspaudimo, kuriuos sukelia osteofitų ir kaklo slankstelių sąnarių ataugos. Ankstesniame skyriuje buvo aprašytos įprastinės tradicinės akušerinės pagalbos gimdymui priemonės: tarpvietės apsauga, traukimo suėmus už vaisiaus galvutės, jos pasukimai ir t.t. Visi šie būdai gali sukelti kaklo slankstelių išnirimus ir slankstelių arterijų traumas. Skersinės kaklo slankstelių ataugos, kuriose yra slankstelinės arterijos, staigių posūkių, sulenkimų arba atlenkimų momentu veikia kaip savotiškos kaulinės žirkklės, kurios gali sukelti spazmus arba, rečiau, perpjauti arterijas. Klinikinis sutrikusios kraujotakos šioje srityje pasireiškimas gali būti naujagimių "asfiksija", kurią akušeriai paprastai įvardina kaip "užsitęsusią intrauterinę hipoksiją." Tačiau šiuo atveju vadinamosios "asfiksijos" genezė yra kita - gimdymo trauma – kuri sukelia naujagimio savotiško kvėpavimo centro, esančio nugaros smegenų C₃ – C₄ segmento lygyje su vėliau sekančia kvėpavimo nepakankamumo simptomatika. Stuburo smegenų aprūpinimas krauju yra padalintas į tris zonas:

- 1) viršutinę zoną maitina šaknelinės arterijos, ateinančios nuo slankstelių. Ši zona apima nugaros smegenų kaklo segmentus ir 3 – 4 krūtinės ląstos segmentus;
- 2) vidurinę arterinę zoną maitina viena šaknelinė arterija ir apima krūtinės ląstos segmentus;
- 3) apatinę zoną krauju aprūpina viena stambi Adamkevičiaus arterija. Į šią zoną įeina apatiniai krūtinės ląstos, juosmens ir kryžkaulio nugaros smegenų segmentai. Be to, 40% papildomai Adamkevičiaus arterijos link eina Deprože -Gatterono arterija.

Tokiu būdu, visą nugaros smegenų kamieną krauju aprūpina 4 arterijos. Pakanka susiaurinti bent vienos iš šių arterijų, maitinančių indus, spindį 30-40% (pvz. kokios nors akušerinės manipuliacijos būdu) ir nukentės galinės šakos, aprūpinančios krauju labiausiai nutolusias nugaros smegenų zonas, žinomas kritinių zonų pavadinimu.

Spinalinių gimdymo traumų neurologinė simptomatika yra puikiai aprašyta profesoriaus A.J. Ratnerio monografijose.

Mes leidome sau iš daugybės labai gerbiamo profesoriaus darbų išsirinkti akivaizdžių gimdymo traumų klinikinių pasireiškimų aprašymų kvinteseniją.

Mūsų nuomone, tai yra tas minimalus neurologijos žinių kiekis, būtinas žinoti akušeriui, kuris yra suinteresuotas savo darbo rezultatais.

NUGAROS KAKLO DALIES SMEGENŲ NATALINIO PAŽEIDIMO YPATYBĖS

Tarp pagrindinių nugaros smegenų gimdymo pažeidimų klinikinių požymių vyrauja motorikos sutrikimai. Juos lengvai galima pastebėti dar naujagimystės laikotarpiu. Kai kuriais atvejais tai yra spazminė tetraparezė (jei pažeidimas yra lokalizuotas viršutinėje kaklo srityje – aukščiau kaklo smegenų sustorėjimo), kitais - tipiškas vangios rankų paraparezės ir kojų spazminės paraparezės derinys (jei pažeidimo lokalizacija yra kaklo smegenų sustorėjimo zonoje).

Vienas iš dažniausiai pasireiškiančių traumų šiame lygmenyje požymių yra akušerinis rankos paralyžius.

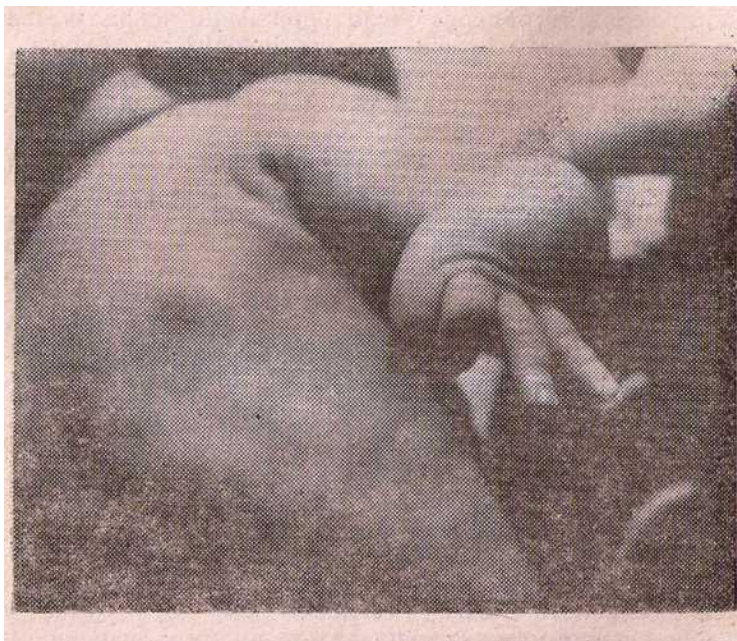
Klasikiniais atvejais naujagimių rankos guli nejudėdamos šalia kūno, petys pritrauktas prie kūno ir pasuktas į vidų, dilbis ištiesintas. Plaštaka delno fleksijoje. Skausminis rankų dirginimas paprastai nesukelia jokios motorinio aktyvumo reakcijos. Pasyvūs rankų judesiai laisvi. Jei pasyvūs judesiai apsunkinti, būtina atskirti akušerinį paralyžių nuo netikro naujagimio rankos paralyžiaus, kuris dažniausiai yra peties kaulų lūžio pasekmė.

Dauguma autorių visus akušerinio paralyžiaus atvejus skirsto į tris tipus:

- 1) Erb-Diusheno paralyžius. Jis siejamas visų pirma su pažeidimu nugaros smegenų kaklo dalies apatinio sustorėjimo srityje – C₅–C₆ segmentai - naujagimio ranka guli nejudriai šalia kūno,

petys yra atitrauktas ir pasuktas į vidų, dilbis ištiestas, plaštaka fiksuota delno sulenkimu. Išreikšta raumenų hipotonija, susilpnėję proprioreceptiniai refleksai;

2) distalinis Dejerine Klumpke paralyžius. Jo atsiradimas yra susijęs su stuburo C₇ – C₈ segmentų pažeidimu. Tokiais atvejais proksimaliniai rankų raumenys beveik nepatiria arba patiria labai mažai žalos, tuo metu kai rankų funkcija distalinėje srityje yra stipriai sutrikusi. Naujagimystės laikotarpiu šis pažeidimo variantas pasireiškia nevalingu rankos plaštakos kabojimu, primenančiu spindulinio nervo pažeidimą ir vadinamo „ruonio letenėlė“.



Pav. 12. Akušerinis Dejerine – Klumpke paralyžius

Jutimai paprastai išlieka. Pečių ir alkūnių sąnarių judrumas išlieka.

3) Be dviejų klasikinių akušerinio paralyžiaus tipų Kyurer pasiūlė išskirti dar ir bendrojo paralyžiaus tipą, kai tiek proksimalinės tiek distalinės rankų raumenų grupės yra stipriai paveiktos pataloginių procesų.

Visų rankų paralyžiaus tipų atvejais pažeidimo vietoje stipriai susilpnėja arba išnyksta visai Moro refleksas, delno-burnos Babkino refleksas, griebimo refleksas (Robinsono). Išvardinti naujagimių rankų akušerinio paralyžiaus variantai yra labiausiai paplitę. Be šių dar yra daug netipinių formų, ypatingų savybių, į kurias būtina atsižvelgti diagnozuojant. Pavyzdžiui, sutinkamas ypatingas paralyžiaus tipas, kai paralyžiuotos rankos raumenų tonusas yra sumažėjęs labai nedaug, tačiau stipriai yra sutrikusi krūtinės raumenų funkcija. Vizualinės apžiūros metu pataloginius pakitimus sunku nustatyti, tačiau ištyrus krūtinės raumenis patologija tampa akivaizdžia. Šis sužalojimo tipas daugeliu atvejų diagnozuojamas pavėluotai.

Diagnozuoti akušerinį paralyžių kiek galima greičiau padeda papildomi testai, kurių dauguma plačiai naudojami dar naujagimystės laikotarpiu. Taip, jeigu kūdikį paguldyti ant gydytojo rankos delno veidu žemyn, tai paralyžiuota ranka nusvyra žemyn ir kabo. Šis požymis iš karto patraukia gydytojo dėmesį ir visada rodo rankos periferinį paralyžių.

Diagnozei labai svarbus yra lėlės rankos simptomas, kurį pirmą kartą 1939 metais aprašė Novikas. Simptomo esmė yra ta, kad parezinė ranka atrodo lyg pridėta prie liemens ir ribojasi nuo jo gilia raukšle, kuri sudaro įspūdį, lyg būtų pridėta lėlės ranka.

Kai ligoniams su nugaros kaklo srities smegenų nataline trauma sužadinamas Pereso refleksas, pagrindinė reflekso fazė yra išlikusi, tačiau yra išnykusi kūdikio galvytės atlenkimo fazė. A. J. Ratneris tokiais atvejais nurodo apie ribotą Pereso refleksą.

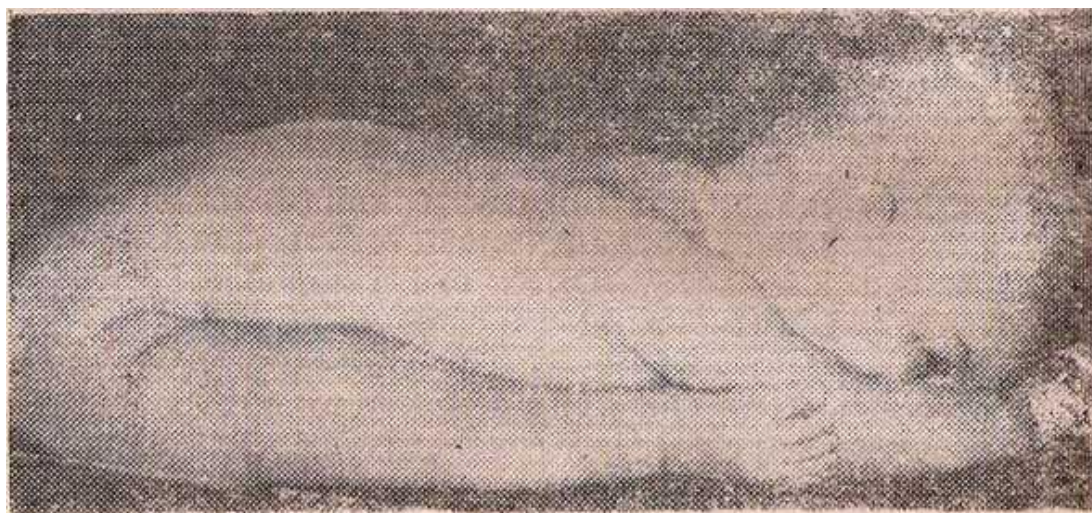
Pas tokius vaikus pasireiškia savotiškas simptomas - tokių vaikų kaklas atrodo labai trumpas, galva atrodo lyg būtų įstatyta į pečius. Kuo stipresnis akušerinis paralyžius, tuo labiau yra išreikštas trumpo kaklo sindromas. Tarp simptomų išraiškos laipsnio ir traukijos už vaisiaus galvutės jėgos pečių lanko išvedimo momentu yra matomas aiškus ryšys. Palaipsniui vaikui augant simptomo išraiška sumažėja.

Kaklo sutrumpėjimas tampa pakankamai didelio skaičiaus skersinių raukšlių, kurios kartais drėgsta, atsiradimo priežastimi.

Akušerijos paralyžiaus atvejais dažnai yra stebimi bulbariniai sutrikimai - springimas čiulpiant, atpylinėjimas per nosį, užkimęs balsas. Vaikai su stuburo kaklo srities gimdymo trauma pradeda vėliau laikyti savo galvą, tačiau didžioji dalis santykinai laiku pradeda sėdėti ir vaikščioti (jei neišvysta komplikacijos).

Kaklo gimdymo traumų atvejais dažnai sutinkami kvėpavimo sutrikimai. Reikalas tame, kad nugaros smegenų kaklo rezginio C4 segmento lygyje išsidėstęs savotiškas naujagimio kvėpavimo centras - diafragminio nervo branduolys. N.G. Palenova įtikinamai įrodė, kad vaikų ankstyvajame amžiuje kvėpavimo judesių motorikoje pagrindinį vaidmenį diafragminio nervo branduolys. Pakanka mikrokraujavimo, mikroišemijos ir kūdikiui nedelsiant prasideda taip vadinama „asfiksija“.

Be to, kaklo pasukimai, tempimas naujagimiui gali sukelti skausminį šoką. Tiesioginė reakcija į skausmą, teigia A.P.Kucherova ir bendraautoriai, yra lydima hiperventiliacijos, hipertenzijos mažajame kraujyje, kas sukelia kvėpavimo nepakankamumą.



Pav. 13. Miotoninis sindromas. Vaiko liemuo lengvai susilenkia tiek, kad vaikas kakta gali pasiekti pėdas.

Ypatingo dėmesio nusipelno Kazanės Valstybinio Gydytojų tobulinimosi instituto Vaikų nervų ligų klinikos 1974 metais pirmą kartą aprašytas miotoninis sindromas.

Miotoninio sindromo klinikinis vaizdas daugeliu atvejų yra pakankamai tipiškas. Kūdikis yra labai mieguistas, ramus, mažai juda. Dauguma jų pirmosiomis gyvenimo dienomis kenčia vienokius ar kitokius bulbarinius sutrikimus.

Stipriai išreikšta raumenų hipotonija, kelio ir alkūnių sąnarių rekurvacija. Galūnėms lengvai gali susilenkti įvairiomis nefiziologinėmis pozicijomis, kojos lengvai susilenkia varlės kojų formose, tačiau priešingai nei natalinio nugaros smegenų juosmens dalies pažeidimo atvejais kylančios vangios apatinių galūnių paraparezės šiuo taveju vienodai nukenčia ir rankos.

Liemuo lengvai susilenkia tiek, kad kūdikis kakta gali pasiekti pėdas, ir atvirkščiai, kūdikio kojos lengvai pasiekia kaktą ir ausis. Kai vaikas pradeda stovėti, pasireiškia hiperlordozė, o stipri hipotonija sukelia padidėjusį sąnarių lasivumą, dėl ko tampa labai galimi antriniai, paralitiniai,

atoniniai peties ir dubens sąnarių išnirimai. Tokiais atvejais, priežastis slypi ir, be kita ko, raumenų korseto aplink galūnių didžiuosius sąnarius nebuvime.

APATINĖS NUGAROS DALIES SMEGENŲ NATALINIŲ PAŽEIDIMŲ KLINIKINIS VAIZDAS

Morfologinių tyrimų rezultatų analizė rodo, kad antras iš dažniausiai sutinkamų nugaros smegenų natalinių pažeidimų yra apatinių nugaros smegenų dalių pažeidimai juosmeninio sustorėjimo srityje. Šio segmento gimdymo trauma, būdama pati savaime izoliuota, nekelia grėsmės vaiko gyvybei, tačiau gali sukelti rimtus neurologinius sutrikimus. Jeigu kaklo dalies pažeidimai dauguma atvejų yra diagnozuojami sunkiai ir dažnai seka kartu su cervikaline patologija, tai klinikinė apatinių nugaros smegenų segmentų pažeidimų simptomatika nėra tokia polimorfinė, yra išreikšta aiškiau.

Kaip ir kaklo srities lokalizacijos atveju, liumbalinių pažeidimų atsiradimui įtakos turi ir hemoraginiai ir išeminiai veiksniai. Bet šiuo atveju nėra slankstelinės arterijos su visomis jos inervacijos savybėmis. Gimdymo metu atliekant akušerines manipuliacijas gali būti pažeidžiamos stuburo meduliarinės, einančios tarpslankstelinėmis angomis, arterijos, iš kurių didžiausią klinikinę reikšmę turi juosmeninio sustorėjimo arterija – Adamkevičiaus arterija. Ji maitina gana didelę pagal apimtį nugaros smegenų dalį, įskaitant juosmens sustorėjimo ir keletą viršutinių dalių.

Tipiškiausias tokių pacientų simptomų kompleksas yra apatinių galūnių paraparezė: rečiau sutinkama periferinė pararezė, dažniau periferinės pararezės simptomai būna kartu su piramidinio nepakankamumo požymiais.

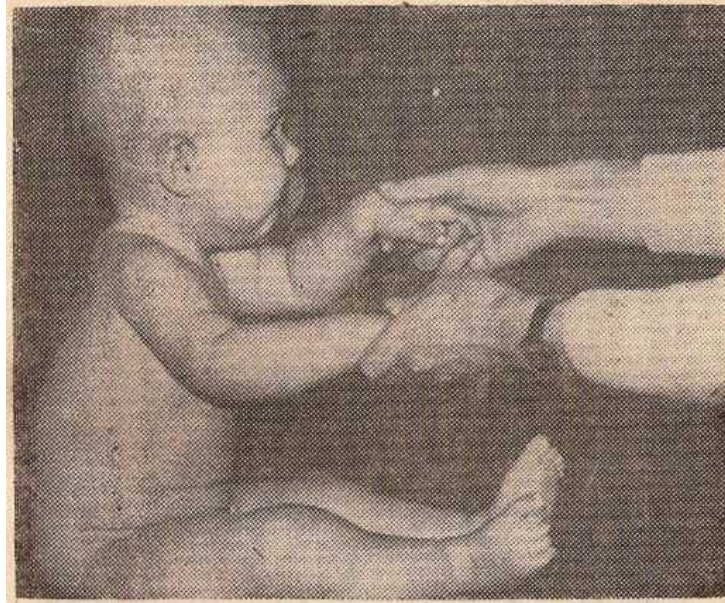
Vizualinės apžiūros metu į akis krenta kūdikio kojų mažesnis motorinis aktyvumas palyginti su rankų. Kojų vaikas beveik nejudina. Tuo pačiu metu judėjimas rankomis nėra sutrikęs. Nustatyti pararezę padeda „pakabinimo“ testas: sunkios traumos atveju kojos kabo lyg pančiai.



Pav. 14. Nugaros smegenų juosmens dalies sustorėjimo traumos pasekmės apatinių galūnių vangios pararezės formoje. „Varlės poza“

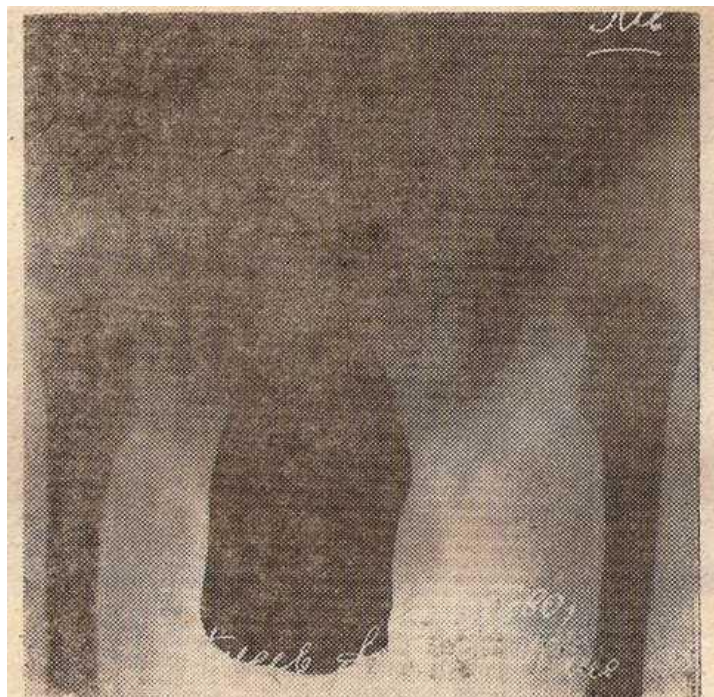
Gulint ant nugaros kojos išskėstos „varlės pozoje“. Atramos refleksas prarandamas net ir esant nežymiam pažeidimui. Atitinkamai negalimas ir vaikščiojimo refleksas. Bauerio "šliaužiojimo

refleksas“ taip pat išnykęs. Šios nugaros smegenų dalies pažeidimas gali sukelti tokias pasekmes kaip paralytinę plokščiapėdystę, dubens sutrikimai - šlapimo nelaikymas, priapizmas ir pan.



Pav. 15. Lokalinė apatinės krūtinės ląstos dalies kampinė stuburo kifoze su vangia parapareze pas 7 mėnesių kūdikį, kilusia dėl natolinių priežasčių.

Labai įdomius tyrimus dėl klubo sąnario išnirimų vaikams atliko G. P. Larina. Autorė eksperimentų būdu sėkmingai įrodė, jog kai kuriais vangios apatinių galūnių paraparezės (arba monoparezės), kilusių dėl nugaros smegenų apatinės dalies gimdymo traumų, atvejais, žymi raumenų hipotonija sukelia klubo sąnarių hipermobilumą, kas dažniausiai tampa antrinių paralytinių klubo sąnarių išnirimų ir panirimų priežastimi.



Pav. 16. Klubo sąnario displazija, kilusi dėl nugaros smegenų juosmens dalies sustorėjimo sužalojimo.

Akušeriai jau seniai pastebėjo, kad komplikuočių gimdymų, ypač vaisiaus sėdmenų pirmeigos, atvejais yra labai didelė klubo sąnario išnirimo tikimybė. Mes su jumis paprastai šią patologiją paaiškiname paveldimumu. Tačiau, gerbiami akušeriai, daugumos šių taip vadinamų paveldimų, įgimtų klubo sąnario išnirimų atsiranda dėl natalinių priežasčių. Tai ir vaisiaus tempimas už pečių juostos išimant apatinę liemens dalį savarankiško gimdymo metu arba cezario pjūvio atveju, tai ir vaisiaus traukimas sėdyninės pirmeigos atvejais.

Akušerius, kurie domisi išsamia neurologine simptomatika, mes nukreipiame skaityti prof. A.J. Ratnerio darbus.

Būtinybė akušeriams žinoti šiuos nugaros smegenų gimdymo traumų požymius yra akivaizdi, kadangi savalaikiai pradėtas adekvatus gydymas gali labai pagerinti arba net ir pašalinti visai aukščiau aprašytą simptomatiką.

NETIKĖTI GIMDYMŲ NAMUOSE REZULTATAI

Ten, kur gamta apdairi, menui
palikta mažai vietos.

E.Bumas, 1912 m.

Įsitikinę kai kurių plačiai taikomų akušerinės pagalbos priemonių (pernelyg didelis dėmesys tarpvietės apsaugai, vaisiaus traukimas už galvutės ir jos pasukimai siekiant išvesti pečių lanką ir pan. P), mes susidomėjome, kokia yra būklė vaikų, gimusių ne tik be jokių akušerijos manipuliacijų priemonių, bet ir be jokios medicininės pagalbos apskritai - namuose, be gydytojo ar akušerio.

Siekdami atsakyti į šį klausimą mes ištyrėme 110 taip vadinamų gimdymų namuose atvejų. Kontrolinės grupės rodikliais buvo Kazanės Valstybinio gydytojų tobulinimosi instituto Akušerijos ir ginekologijos katedros 1-ojo Gimdymo skyriaus darbo rezultatai. Gimdymus namų sąlygomis lėmė dažniau ne tiek nėščiosios pageidavimai, kiek nuo jos valios nepriklausančios aplinkybės (greitas ir labai greitas gimdymas, greitosios pagalbos automobilio atvykimo vėlavimas ir pan.). Nepaisant to, tai ypatingas moterų kontingentas - daugiausia tai buvo pakartotinai gimdančios 25-30 metų amžiaus (pirmakartės sudarė 8,6%, iš jų pirmą kartą pastojusios - 6,7%), gimdyvių profesija susijusi su fiziniu nekvalifikuotu darbu. Kas antra moteris nebuvo oficialiai susituokusi, viena iš trijų nėštumo metu nelankė moterų konsultacijų. 25% moterų patenka į padidėjusios rizikos socialinę grupę - benamės, nedirbančios, savo vaiko tėvo, kaip taisyklė, nežino, nesilaiko elementarių sanitarinės higienos reikalavimų, rūko, piktnaudžiauja alkoholiniais gėrimais.

Ekstragenitalinės patologijos buvo nustatytos 21,7% moterų, gimdžiusių namuose (5,4% - inkstų ligos, širdies ir kraujagyslių sistemos - 4,5%, endokrinopatijos - 1,8%, plaučių tuberkuliozė - 1,8%, virškinimo sistemos susirgimai - 1,9%, psichikos ligos - 1,81%, ligų deriniai - 4,49%), ir 25,3% kontrolinėje grupėje (anemija - 19,8%, inkstų ligos - 4,3%, širdies-kraujagyslių patologija - 1,1%, endokrinopatija - 0,1%). Nėštumo komplikacijos tiriamojoje grupėje buvo užfiksuotos šios - anemija (17,8%), gestozės (11,3%), persileidimo grėsmė (8,6%); kontrolinėje grupėje dominavo gestozės (27,8%), po to anemija (18,9%), nustatytos labai dažnos persileidimo grėsmės (18,8%).

Gimdymai namuose komplikavosi labai greitais (16,3%) ir greitais gimdymais (42,2%), ankstyvu vaisiaus vandenų nutekėjimu (12,3%); kontrolinėje grupėje atitinkamai 2,7%; 3,0%; 24,0%. Bendras gimdymo komplikacijų namuose ir ligoninėje procentas buvo atitinkamai 70,8 ir 78.

Gimdymų namuose atvejais nebuvo užfiksuoti kraujavimai dėl placentos priešlaikinio atsiskyrimo arba jos pirmeigos, kontrolinėje grupėje tokių patologijų buvo 2,7%.

Kraujavimas pogimdyminiu laikotarpiu pasireiškė 1,8% gimdymo namų sąlygomis atvejų (kraujo netekimas neviršijo 600 ml) ir 8,3% kontrolinėje grupėje. Tačiau vidutinis kraujo netekimas

tiriamojame grupėje buvo šiek tiek didesnis (100-150 ml), nei kontrolinėje, kas sukėlė anemijos progresavimą pogimdyminiu laikotarpiu.

Abiejose grupėse vaikai gimė galvos pirmėiga, iš jų per anksti (namuose gimusių ir kontrolinėje grupėje atitinkamai) 31,1% -7,8%, savalaikiai - 62,3% - 86,3%, pavėluotai – 6,6% ir 5,5%. Gimdymų namuose metu 52% moterų pagimdė gulint ant nugaros, 48% - tupint arba sėdint ant kėdutės; kontrolinėje grupėje visi gimdymai vyko gimdyvei esant horizontalioje padėtyje.

Gimdyvių gimdymo takų minkštųjų audinių traumos buvo konstatuotos 9,4% gimdymo namuose atvejų (I laipsnio tarpvietės plyšimai - 7,5%, II - 1,9%) ir 32,11% atvejų kontrolinėje grupėje (I laipsnio - 7,3 %, II laipsnio – 4,11%, III laipsnio - 0,01%, epizio- ir perineotomijos - 21,8%), tame skaičiuje pirmakartėms atitinkamai 22,3% ir 36,7%.

Po gimdymo namuose nustatyta šiek tiek didesnis pogimdyminių ligų dažnis (7,5%, iš jų posthemoraginė I – II laipsnio anemija - 5,7%) nei po gimdymo ligoninėje (6,7%). Tačiau bendra gimdyvių sveikatos būklė tiriamojame grupėje ir homeostazės rodikliai nebuvo kliūtis jas išrašyti, o vidutinis lojadienių skaičius po gimdymo namuose buvo 4,5 prieš 9,5 kontrolinėje grupėje.

Neurologinių patologijų simptomai buvo rasti pas 11 (10%) vaikų, gimusių namuose: miotoninio sindromo išraiškoje - 7, apatinių galūnių vangios paraparezės - 2, galvos smegenų pažeidimo - pas 2. Neurologiniai simptomai pas visus vaikus buvo išreikšti nežymiai ir iki jų išrašymo momento beveik pas visus vaikus (išskyrus vieną su galvos smegenų trauma, kuris tik gimęs nukrito ant grindų) jau nebuvo pastebima.

Kontrolinėje grupėje nervų sistemos gimdymo traumų požymiai nustatyti 323 (18,1%) naujagimiams, dominavo sudėtiniai nugaros smegenų skirtingų lygių pažeidimai, aiškiai išreikštas spinalinis nepakankamumas išrašymo momentui buvo nustatytas 14,3% atvejų, dėl ko 4,8% šių vaikų buvo hospitalizuoti ligoninės specializuotame skyriuje.

Lyginant rezultatus, mes nustatėme netikėtą dėsningumą: tai atvejais, kai gimdyvėms nebuvo suteikiama akušerinė pagalba, gimdymai vykdavo ne , kaip logiškai buvo galima tikėtis, sunkiau, tačiau lengviau tiek motinai, tiek ir vaisiui. Gimdymo palengvėjimas buvo stebimas pagal visus parametrus, išskyrus vieną - gimdymų namuose sąlygomis kraujavimai vidutiniškai buvo stipresni, tačiau neviršijo leistino kiekio. Didesnis kraujo netekimas buvo sąlygotas, matomai, šio kontingento nėščių moterų priklausomybe didesnės socialinės rizikos grupei, gimdyvių transportavimu į ligoninę ankstyvuojų pogimdyminiu laikotarpiu ir gimdymo takų minkštųjų audinių kraujuojančių plyšimų pavėluotu susiuvimu.

Mes aiškiai suprantame, kad geresni gimdymų namų sąlygomis rezultatai yra įmanomi tik tuo atveju, jei gimdymo metu nekyla komplikacijos. Didesnių skaičių palyginimas, visai įmanoma, gali sumažinti teigiamą įspūdį, tačiau ši analizė leidžia mums teigti, kad pernelyg didelis pomėgis naudoti manualinius ir instrumentinius metodus, taikomus akušerijoje, dažnai gali padaryti daugiau žalos, nei nesikišimas į natūralų tūkstantmetį gimdymo procesą. Metodų įvairovė ir nekantrumas akušerijoje gali tik pakenkti.

Gimdymas namuose yra plačiai naudojamas užsienyje. Pavyzdžiui, Olandijoje akušerės moterims su nekomplikuotu nėštumu, joms pageidaujant, gimdymo metu gali suteikti pagalbą namuose.

Buvo ištirti akušerių suteiktos pagalbos 7980 moterims atvejai, kurioms gimė 8055 vaikai (iš jų 75 atvejais gimė dvyniai). Kilus bet kokioms komplikacijoms moterys buvo hospitalizuojamos akušerijos skyriuje. Nėštumo pabaigoje buvo paguldytos į ligoninę 17,1%, gimdymo metu - 8%. Perinatalinis mirtingumas šiose grupėse buvo atitinkamai 51,7% ir 11% .

Akušerių prižiūrimi gimdymai namuose įvyko 74,9% atvejų, jų metu gimė 5998 vaikai, perinatalinis mirtingumas jų metu buvo 1,3% .

Tarp pacientų, hospitalizuotų į akušerijos skyrius, cezario pjūvis buvo atliktas 110 moterų, 368 gimdymų metu buvo naudojamos akušerinės replės arba vakuuminė ekstrakcija.

Gimdymai namuose toje būsenoje, kokie jie yra šiuo metu šalies akušerijoje, neabejotinai, - yra medicinos pagalbos teikimo gyventojams nepatenkinamos organizacijos rezultatas. Tačiau

gimdymas moterims iš minimalios rizikos grupės, kurių nėštumas ir gimdyvas vyksta be komplikacijų, jaukioje namų aplinkoje artimųjų ir giminių apsuptyje, dalyvaujant akušerių brigadai, kuri rūpestingai, kantriai kontroliuoja gimdymą ir racionaliai nesikiša į fiziologinį procesą - yra vienas iš geidžiamiausių ir perspektyviausių šiuolaikinės akušerijos vystymosi krypčių.

EKSPERIMENTINIS GIMDYMO TRAUMOS MODELIS

Argumentum ad hominem²

E.J. Demidov'o, A.J. Ratner'io, M.K. Michailov'o patomorfologiniai atradimai leido mokslininkams, įvertinus gautus rezultatus, padaryti prielaidą, kad šios traumos yra neteisingų akušerių veiksmų rezultatas.

Atvirai kalbant, mes, akušeriai, negalėjome suteikti galimybės „nespecialistams“ abejoti švenčiausiu – klasikine akušerija – todėl ir nusprendėme pradėti nuo ab ovo³. Atlikome eksperimentus su laboratoriniais gyvūnais, žiurkėms sukūrėme panašias sąlygas, kurias tenka patirti gimstančio kūdikio kaklui akušerinės pagalbos metu.

Eksperimentinis darbas buvo atliekamas kartu su V.G.Malyšev'u ant negrynaveislių žiurkių patinėlių, sveriančių 120 - 150 g. Eksperimentinių gyvūnų rūšies pasirinkimą padiktavo žmogaus ir žiurkės, pas kuriuos yra labai gerai išsivysčiusios tiek vidinės miego, tiek ir slankstelinės arterijos, galvos ir nugaros smegenų kraujotakos tipo panašumas.

Pagrindiniais traumos modelio elementais tapo dviejų kaklą deformuojančių jėgų poveikiai. Pirmasis elementas buvo ribotas žiurkės galvos sukimas aplink vertikalią ašį. Sukant galvą viršutinis kaklo dalies slankstelinės arterijos segmentas įsitempdavo ir prisispausdavo prie šoninių atlanto-ašies slankstelių paviršių. Sukant žiurkės galvą iki 115 - 120° slankstelinės arterijos sužalojimų nepatyrė. Padidinus rotacijos kampą iki 125 ° ir daugiau buvo aiškiai girdimas lūžtančių kaulų traškėjimas ir visi gyvūnai nugaišdavo per artimiausias keletą minučių po traumos.

Kuriant traumos modelį gyvūnai buvo veikiami tokių rotacijų ir traccių, kurias paprastai patiria gimdymo metu žmogus. Eksperimentatoriaus nusivylimui, mūsų koncepcijos apie tai, kad plačiai taikomos akušerinės pagalbos priemonės yra labai traumatiškos, įrodinėjimo procese gyvūnai žuvo.

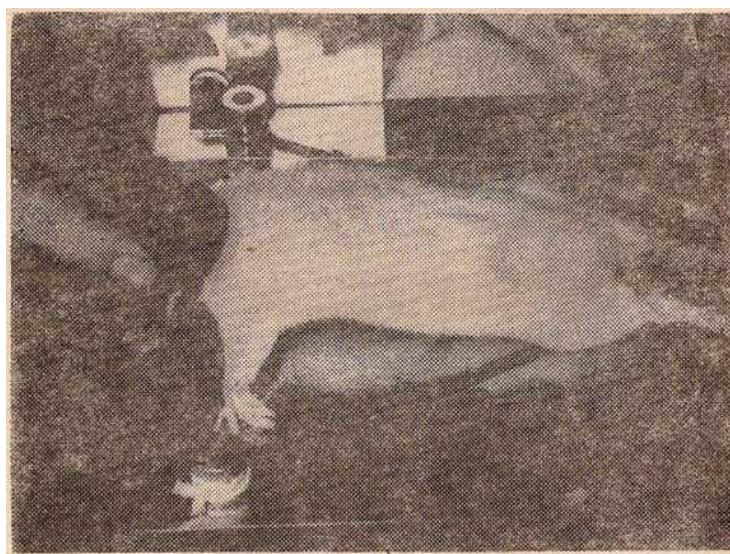
Gyvūnų mirtis netenkino morfologo, kuris užsibrėžė sau tikslą sukurti slankstelinės arterijos traumos tokį modelį, kai eksperimentas išsaugo gyvybines organizmo funkcijas. Pageidaujamas efektas buvo pasiektas atkuriant antrąjį kaklo deformacijos elementą – kaklas buvo ribotai atlenkiamas atgal jį pasukus 90 ° kampu (t.y. mažiau nei kritinis rotacijos kampas).

Galutinėje šio V.G. Malyšev'o modelio versijoje (A.s. Nr.1363292), mes jį kartodavome tokiu būdu (17 pav.). Apsvaigintą anestetikais žiurkę pririšdavome prie standartinio operacinio stalelio smulkiems laboratoriniams gyvūnams galva žemyn. Žiurkė buvo fiksuojama taip, kad pirmųjų 2 – 3 kaklo slankstelių lygis sutaptų su stalelio tvirtinimo angomis. Ant gyvūno galvos buvo uždedamas storo audinio gaubtas, prie kurio viršūnės buvo tvirtinamas ilgas siūlas. Uždėtas gaubtas būdavo suveržiamas tvirtinimo raištelio, kuris prieš tai buvo prakištas pro atitinkamas stalelio apatinio paviršiaus angas. Tokios fiksacijos dėka gyvūno galva buvo pasukama aplink vertikalią ašį į dešinę 90° kampu. Antrojo elemento atkūrimui buvo atliekama traccija už šilkinio siūlo, pritvirtinto prie gaubto. Gyvūno galvos pasvirimo kampas buvo matuojamas kampamačiu, pritvirtintu prie stalelio šoninio paviršiaus.

Pagal gautus morfologinius duomenis, atlenkus pasuktą galvą atgal 55 - 65° diapazone slankstelių arterijų traumos modeliavimas nesibaigdavo mirtimi. Buvo nustatyta tiesiogiai proporcinga efekto dažnio priklausomybė nuo kaklo deformacijos dydžio.

² – argumentas į žmogų (lot.)

³ – nuo kiaušinio, nuo pradžios (lot.)



Pav.17. Rotuotos galvos atlenkimas sukėlė mirtį 18 gyvūnų iš 20.]

Tokiu būdu, galva atlenkus 55° kampu slankstelinės arterijos traumos požymiai buvo fiksuojami 35% žiurkių, galvą atlenkus 60° kampu - pas 47,6%, ir t.t.

Galvą atlenkus 100° po jos rotacijos 90° , visi gyvūnai mirė per pirmąsias eksperimento minutes. Iš mirusių ir dalies numarintų gyvūnų buvo išimti nugaros smegenų kaklo dalis, smegenų kamienas, smegenėlės ir užpakalinė smegenų didžiųjų pusrutulių dalis.

Galvą atlenkus atgal 60° kampu slankstelių arterijų trauma pasireiškė smulkiais intimos slauksnio defektų židiniiais. Kraujagyslių sienelių elastinės skaidulos buvo daugiau susuktos. Vidurinis ir išorinis apvalkalai neturėjo matomų pažeidimų. Pasireiškė tipiškos smulkios hemoragijos ašiniuose atlanto sąnariuose, aplinkiniuose stuburo raiščių elementuose daugiausiai $C_1 - C_2$ slankstelių lygyje.

Sukant galvą atgal 85° kampu padidėdavo kaklo struktūrų sužalojimo laipsnis. Intimos defektai žymiai išsiplėtė ir įgydavo lakunų vaizdą. 47,6% traumotų žiurkių susiformuodavo neobturaciniai trombai, kurie iš dalies arba visiškai uždarydavo arterijos spindį. Makroskopiniai tyrimai parodė, kad slankstelių arterijų traumą visada lydi ekstravasalinio audinio struktūriniai pokyčiai. Morfologinių pokyčių fokusas išsiplėsdavo iki $C_5 - D_1$ slankstelių. Šiuo atveju kraujavimo židiniai dažnai būdavo nutekėjimo pobūdžio ir išsidėstydavo ašinių atlanto sąnarių ertmėse, aplinkiniuose raiščiuose, tarpslanksteliuose diskuose ir paravertebraliuose raumenyse. Smulkūs kraujavimo židiniai pasireiškėdavo ir vidaus organų audiniuose: gerklų, trachėjos, skydliaukės. Ašinio atlanto sąnario kapsulė paprastai plysdavo kartu sukeldama viršutinių kaklo slankstelių dislokaciją. Stuburo nestabilumas buvo labiau išreikštas dėl atitinkamų raiščių plyšimo ir paravertebralių raumenų skaidulų pertempimo ir plyšimo.

Atlikus stuburo kanalo atidarymo ir kaukolės ertmės atvėrimo operacijas pas 88,1% bandomųjų gyvūnų buvo aptiktos difuzinės hemoragijos subarachnoidinėje ertmėje. Kraujavimas buvo ne tik sužalojimo zonoje, bet ir už jos ribų - smegenų kamieno, smegenėlių ir smegenų didžiųjų pusrutulių lygiuose.

Turėdami galimybę modeliuoti traumas be letalinės baigties mes galėjome pamatyti, kaip neurologiniai požymiai pasireiškia priklausomai nuo bandomųjų gyvūnų kaklo dalies traumos laipsnio.

Atlenkus galvą 60° kampu pas žiurkės pasireiškėdavo tik kvėpavimo sutrikimai. Tai buvo arba tachipnėja (180-220 per min.), arba bradipnėja (40- 80 per min.) įvairių amplitudžių kvėpavimo ciklų fone. Kvėpavimo funkcija normalizuodavosi tik praėjus 2 - 5 valandoms po traumos.

Pasukant galvą 85° kampu vienas iš pirmųjų neurologinės simptomatikos taip pat buvo kvėpavimo sutrikimai. Pirmosiomis minutėmis po traumos kildavo nuo 7 iki 23 sekundžių trukmės apnėja. Praėjus 3 - 4 valandoms kvėpavimo pauzės kaip taisyklė išnykdavo ir pasireikšdavo paviršutiniškas aritmiškas kvėpavimas. Tokia simptomatika vystydavosi per pirmąsias 6 - 10 po traumos sumodeliavimo.

Po išėjimo iš narkozės bandomiesiems gyvūnams pasireikšdavo statikos ir judesių koordinacijos sutrikimai. Gyvūnai buvo vangūs, mieguisti, nesiorientavo erdvėje. Tuo pačiu metu pasireiškė galūnių įvairių derinių parėzė (daugiausia spazminė).

Tokiu būdu, eksperimento metu buvo įrodyta, kad gyvūnų galvų rotacija ir atlenkimas gali sukelti nugaros kaklo struktūrų smegenų, stuburo, slankstelių arterijų pažeidimus, sutrikdyti išeminius procesus retikulinės formacijos, smegenų baltosios medžiagos. Pernelyg didelis galvos atlenkimas žymiai padidindavo gyvūnų mirtingumą, o išgyvenusiems pasireikšdavo įvairaus laipsnio sunkumo kvėpavimo sutrikimai (nuo pirminės apnėjos iki tachipnėjos ar bradipnėjos). Traumuotiems gyvūnams neurologiniai simptomai pasireikšdavo galūnių parėzės arba miotoninio sindromo forma, kurie gana dažnai sutinkami pas traumuotus vaikus.

Buvo sumodeliuota tik dalis tų apkrovų, kurias patiria žmogaus vaisiaus kaklas jam gimdymo proceso metu teikiant plačiai taikomas akušerinės pagalbas. Imituojant visas pagalbos situacijas – rotuotos galvos lenkimą, atlenkimą, trakcijas už galvos į dešinę ir į kairę – laboratoriniai gyvūnai paprastai mirdavo. Traumuoti gi vaikai, didvyriškų reanimatorių pastangų dėka, lieka gyventi...

VAISIAUS, GIMUSIO GALVINE PIRMEIGA, TRAUMŲ PROFILAKTIKOS BŪDAI

Gamtą įmanoma nugalėti
tik jai paklūstant

Fr. Bekonas, 1854 m.

Akušerija, matomai, - viena iš nedaugelio medicinos disciplinų, užsiimanti daugiausiai sveikais žmonėmis. Normaliai vykstantis nėštumas - natūrali moteris, esančios prie giminės pratęsimo ištakų, būseną. Akivaizdu, kad procesas, užbaigiantis fiziologinę būseną - gimdymą, taip pat yra natūralus savo prigimtimi, būdingas visiems gyviems organizmams. Tai negi mes galime leisti kilti minčiai, kad gamta, mus sukūrusi, buvo tokia ne tobula ir nustatė, jog eiliniame, normaliaame savęs atgaminimo procese būtinai visada privalo dalyvauti ir padėti trečia pašalinė būtybė? Yra suprantama būtinybė gydyti klinikoje vidaus ligas, atlikti operatyvines chirurgines intervencijas, tačiau ir viena, ir kita gali būti visiškai nereikalinga esant normaliai gimdymo eigai (nėra reikalo aiškinti, kad autorius kalba apie normalią nėštumo ir gimdymo eigą).

Mes, dar visai neseniai atsistoję ant kojų ir būdami mus supančių gamtinių reiškinių dar tik suvokimo stadijoje, leidžiame sau siūlyti tūkstantmečiam procesui, kuris gamtos buvo pakartotas, tobulinamas milijonus kartų, savo sugalvotas pagalbas, kurios ne tik nepagerina, bet dar ir pablogina gimdymo rezultatus. Taigi, akivaizdu, jog būtų protingiau atsisakyti šių pagalbų, tačiau ne – mes siūlome, rekomenduojame, įrodinėjame tarpvietės apsaugos, traukimo už galvytės būtinybę ir pan.

Akušerio dalyvavimas yra tiesiog būtinas komplikuoto nėštumo ar gimdymo atvejais. Tūkstančius gyvybių - motinų, naujagimių – išgelbėjo protingi ir savalaikiai akušerių veiksmai. Esant gi normaliai gimdymo akto tėkmei akušeris gali tik stebėti proceso eigą, vaisiaus gimimą.

Reikia kištis kiek galima mažiau į normalų kūdikio gimimo procesą. Teisūs yra akušerijos klasikai, sakydami mums: "Fiziologinėmis sąlygomis, kurios, laimei, yra didžiojoje daugumoje visų gimdymų, vaisiaus ir su juo esančių priedų išstūmimą pačiu tobuliausiu būdu atlieka gamtos jėgos. Ten, kur gamta apdairi, išmintinga, menui palikta mažai vietos, todėl belieka tik stebėti gimdymo

eigą, kad savalaikiai pamatyti nukrypimus nuo normos, pasirūpinti palankia aplinka, drąsinti gimdyvę ir skatinti ją pasitikėti savo jėgomis.

Blogas tas akušeris, kuris negali išlaukti gamtos švelnios taktikos, nori gimdymą priimti pagal chirurgijos principus ir visada griebiasi replių ar kitų instrumentinių priemonių. Kuo aktyvesnė yra pagalba gimdymui, todėl ji yra pavojingesnė. Pagalbos priemonių įvairovė ir nekantrumas daro tik žalą" (E. Bumm XIX amžius).

Mes dažnai visai be pagrindo nepasitikime buvusių kartų akušerių patirtimi, įtikėję savųjų žinių ir metodų nekintamumu ir teisingumu. Mes pernelyg pasitikime savimi ir savo žiniomis, nebandome kritiškai įvertinti daugelio plačiai taikomų ir mums įprastų akušerinės pagalbos būdų ir priemonių, ir tuo pačiu metu deramai neįvertiname daugelio faktorių įtakos gimdymo procesui.

Pavyzdžiui, gimdyvė atvykusi į gimdymo namus greiausiu atveju sutinka medicinos personalo abejingumą, blogiausiu - neigiamą požiūrį. Nauja aplinka, svetimi, pašaliniai žmonės, gimdymo skausmai dažnai sukuria gimdyvei neigiamą emocinį foną. Yra gerai žinoma, neigiamas emocinis fonas labai sumažina skausmo slenkstį. Rezultatas – kyla ypatingai skausmingi sąrėmiai, neadekvatus gimdyvės elgesys verčia akušerius per anksti ir dažniau griebtis medikamentinių nuskausminimo priemonių, o tai savo ruožtu labai susilpnina gimdos susitraukimus. Dar daugiau, gimdyvės neigiamas psichologinis fonas sukuria sąlygas gimdymo akto savireguliacijos sutrikimams vystytis. Gimdos susitraukimų veiklos reguliavimo centras apima daugybę darinių, o būtent - hipofizį, hipotalamą, limbinę sistemą, galvos smegenų žievės didžiųjų pusrutulių smilkinio sritį. Šie dariniai sąveikaudami tarpusavyje sudaro taip vadinamą gimdymo dominantės fiziologinį ritmą. Neigiamo emocinio fono buvimas gali sutrikdyti šių centrų vieningą veiklą ir išderinti gimdymo dominantės ritmą, o tai kliniškai gali pasireikšti gimdymo komplikacijomis (pasireiškia pirminis, antrinis silpnumas arba sutrinka gimdymo veiklos koordinacija).

Artimo giminaičio dalyvavimas gimdymo metu (kas yra praktikuojama kai kuriuose šalies miestuose) labai padeda ne tiek gimdyvei, bet labiau akušeriui. Gimdyvė nusimeta emocinį stresą (šalia yra ją palaikantis asmuo: artimiausias asmuo, kuriuo galima pasitikėti, kas gali paremti), todėl tai sukuria teigiamą emocinę aplinką. Dėl to žymiai pagerėja gimdymo eiga, sumažėja gimdos susitraukimų veiklos sutrikimų dažnis, o tai savo ruožtu sumažina kūdikių mirtingumo ir sergamumo skaičių.

Mūsų akušerijos nelaimių šaltinis - nepakankamas dėmesys gimdyvei, abejingas ar neigiamas požiūris į ją.

GIMDYVĖS POZA

Yra labai svarbu, kokia
yra gimdyvės poza

G.G. Genter'is, 1932 m.

Pirmas dalykas, kurį, akivaizdu, būtina kritiškai peržiūrėti - tai plačiai priimta šiais laikais gimdyvių poza gimdymo metu. Daugelis akušeriai abejoja, ar yra racionali nėščios moters poza ant nugaros išstūmimo periodu. Mūsų nuomone, ši pozicija yra fiziologiškai netinkama nei vaisiui, nei motinai, o yra patogi tik akušerei, priimančiai gimdymą. Šioje padėtyje vaisiui judėti padeda tik viena stumiančioji jėga – pačios gimdyvės stangų veikla, o vaisiaus kiaušinio svorio jėga (vaisiaus vandenys, vaisiaus ir placentos masė, gimdos svoris ir t.t., kurių bendras svoris siekia apie 10 - 12 kg), nėra išnaudojamas. Gimdyvė gimdymo metu atiduoda milžinišką kiekį raumenų energijos. Ši energija naudojama neefektyviai, vaisius juda gimdymo taku nenatūraliai - ne žemyn, kaip tai vyksta beveik pas visus gyvavedžius žinduolius, o aukštyn. Gimdyvei stanginasi rankų, kojų, ilgieji nugaros ir krūtinės raumenys. Ji bando atsistoti ant Rachmanov'o stalo, kad užimti patogesnę jai vertikalią padėtį, tačiau mes ją stengiamės ir toliau išlaikykite ją šioje nenatūralioje padėtyje - gulint ant nugaros - mums taip patogiau.

Gimdyvės padėtis išstūmimo periodu jaudino daugelio kartų akušerių protus. Pavyzdžiui,

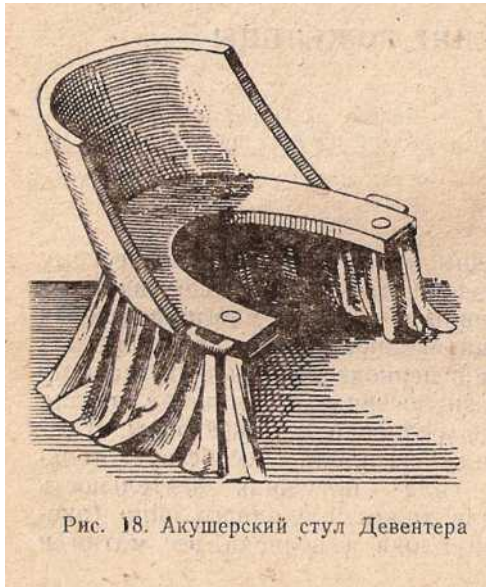


Рис. 18. Акушерский стул Девентера

Homero poemose galima perskaityti, kad Apolono gimimo metu Leta (Latona) keliais rėmėsi į žemę ir abiem rankomis buvo apglėbusi palmės medį (tai yra, kaip matome, buvo užėmusi vieną iš labiausiai paplitusių pozicijų). Vėlesniais laikais Vakarų Europoje akušerijos klasikai siūlė įvairių modifikacijų akušerijos kėdes.

Specialios gimdymo akušerinio stalo, ant kurio sėdėdamos gimdydavo moterys, atsiradimas turi savo seną istoriją. Jo prototipu buvo gimdymas ant sėdint ant vyro ar moters kelių, tokia pozicija dažnai buvo praktikuojama Europoje XVI- XVII amžiuje. Olandijoje moterys, ant kurių kelių sėdėdamos gimdydavo gimdyvės, buvo vadinamos "gyvomis akušerijos kėdėmis" – „Schoosters“. Tuo tarpu daugelis to meto akušerių galvojo, kad toks gimdymo būdas yra tik akušerinės kėdės surogatas. F. Kilianas savo monografijoje pateikia 32 kėdžių „sedile obstetricum, cathedrae simile“ (akušerijos kėdė), 24 akušerijos lovų, 8 akušerinių kėdžių-lovų ir 5 akušerinių

stalų rūšis. Akušerijos kėdžių naudojimas buvo plačiai paplitęs. Pavyzdžiui, Olandijoje kiekviena nuotaka kartu su kračiu gaudavo Deventerio akušerijos kėdę (18 pav.) – „specialią kėdę, kartais su porankiais, su gilia pusapvale išpjova priekinėje sėdynės dalyje“.

Daugelis akušerių prisimena paveikslėlius iš akušerijos vadovėlių, išleistų XIX - XX amžių sandūroje, - gimdyvės pozą gulint ant šono antrajame gimdymo etape. Mūsų akušeriai šią neįprastą mums poziciją vertino kaip duoklę nacionalinėms tradicijoms (kai kuriuose Šiaurės ir Pietų Amerikos regionuose vietiniai gyventojai gimdė gulėdami ant šono) arba madai (Vakarų Europoje tai buvo madinga, pamėgdžiojant Amerikos gyventojus, gimdyti ant šono). Daugelyje šalių (TSRS) vietovių (pavyzdžiui, Vidurinės Azijos respublikose) dar gyvos padavimose aprašytos tradicijos gimdyti moterims tupint. Actekų vaisingumo deivė vaizduojama kaip moteris, pritūpusi su gimusia ir tarp jos kojų esančia kūdikio galva. Yra daug mokslinės literatūros, yra apgintos mokslų kandidatų ir daktarų disertacijos, kuriose labai argumentuotai įrodinėjama, kad pozicija tupint yra viena iš pagrindinių fiziologinių gimdyvės pozicijų antrajame gimdymo etape.

Neretai į gimdymo namus gimdymui atvyksta nėščios psichiatrijos ligoninės pacientės. Gimdymo kančios poveikis galvos smegenų žievei atskleidžia žmonijos sąmonės giluminius senovėje susiformavusius sluoksnius, kurie pasireiškia savotišku tokių gimdyvių elgesiu. Taip, tokias moteris yra labai sunku, beveik neįmanoma, įtikinti atsigulti gimdymui ant Rachmanov'o lovos. Dažniausiai jos gimdo tupėdamos arba stovėdamos, nesąmoningai tokiu būdu vėl pademonstruodamos, kad tokioje (vertikaloje) padėtyje gimdydavo mūsų protėviai, tokia padėtis yra seniausia ir labiausiai fiziologiška.

K. Schroeder'io (1872 m.) nuomone, „gimdyvių pozicija turėtų būti tokia, kuriai esant jėga, stumianti galvytę būtų statmena dubens plokštumai, tokiu atveju ... bus mažiausiai prarandama jėgų.“ Šis paskutinis reikalavimas yra tenkinamas tuo atveju, kai įėjimo į mažąjį dubenį plokštuma yra horizontali.

Nėščios moters pozicija, jos poza pirmojo, antrojo gimdymo etapo metu gali tiesiogiai ir labai reikšmingai paveikti moters būseną ir vaisiaus, esančio išsčiose, sveikatą.

Moterų padėtis ant nugaros nėštumo pabaigoje gali sukelti hipotenzinį sindromą (apatinės tuščiosios venos sindromą), kuris pasireiškia moterų savijautos pablogėjimu - pykinimu, galvos svaigimu net iki alpimo. Šie subjektyvūs pojūčiai išnyksta, kai pakeičiama kūno padėtis. Panašių sutrikimų patogenezė yra tokia. Esant nėščios moters pozicijai gulint ant nugaros didžioji gimda slegia apatinę tuščiąją veną, spausdama ją prie stuburo, kas žymiai sumažina kraujo atitekėjimą į ją.

Didelis kiekis kraujo yra sulaikomas apatinėje nėščiosios kūno dalyje, kraujo spaudimas viršutinėje kūno dalyje krenta, pasireiškia aukščiau aprašyta būklė. Iš apatinės kūno dalies kraujo išteklėjimas yra blokuojamas, kraujo spaudimas pakyla. Veninis kraujas iš nėščiosios gimdos, esant aukštai išsidėsčiusiai placentai, gali tekėti per kiaušidžių venas į apatinės lytinės venos sistemą virš jos suspaudimo vietos. Kitas aplinkinio kelio ratas – esant žemai išsidėsčiusiai placentai – kraujas per bevarde venas patenka į paravertebralias, o į viršutinės tuščiosios venos sistemą. Šis kolateralinės kraujotakos tinklas nėštumo metu vystosi gana gerai nėščioms moterims, kurios neturi kraujagyslių tonuso sutrikimų. Esant kolateralinės kraujotakos vystymosi sutrikimams gali išsivystyti aukščiau aprašytas sindromas, jo dažnis – 7 - 11%.

Moterų padėties ant nugaros neigiama įtaka vaisiui pasireiškia tuo, kad tokia pozicija apsunkina kraujo nutekėjimą iš tarpgaurelinių tarpų, pablogėja gimdos-placentos ir vaisiaus-placentos kraujotaką, o tai gali sukelti vaisiaus hipoksiją. N.L. Garmasevos duomenimis, nėščios moters pozicija ant nugaros normaliai vykstančio išnešio nėštumo pabaigoje 70% atvejų gali sukelti kančias vaisiui. Be to, kraujo perteklius tarpgaureliniuose tarpuose gali sukelti kitą grėsmingą patologiją - priešlaikinį placentos atsiskyrimą su visomis iš to sekančiomis pasekmėmis. Kai tik nėščioji pasisuka ant šono, hipotenzinis sindromas paprastai išnyksta, tačiau vaisiaus būklė labai lėtai ir ne visada sugrįžta į pradinį lygį.

Mes manome, optimali gimdyvės pozicija pirmajame gimdymo etape, atsidarymo etape - stovint, jei tam nėra kontraindikacijų (sunki moters būklė, patologiniai galvutės įsistatymo būdai ir pan.). Iš tiesų, vaikščiojant sutrumpėja atsidarymo laikas, nes gimdos svoris padeda ištempti gimdos kaklelį, sumažėja silpnos gimdos susitraukimų veiklos dažnis ir vaisiaus kančių tikimybė.

Nėra vienareikšmiško atsakymo į klausimą, kokia yra optimaliai racionali gimdyvės poza išstūmimo periodu. Čia mes rekomenduojame pasitikėti labiau pačios gimdyvės norais – tegul gimdo toje pozijoje, kuri jos nuomone labiausiai tinka jai pačiai. Suteikdami pirmenybę pačiai gimdyvei pasirinkti pozą, mes vis tiek privalome įnešti savo tam tikrą korekciją. Galvutės įsistatymo proceso metu, kai ji yra ant mažojo dubens siaurosios dalies ertmės ir išėjimo ploštumos ribos, mes rekomenduojame pakeisti dubens nuolydžio kampą - jį sumažinti. Gimdyvės pozicijoje gulint ant nugaros prašome sulenktus kelius pritraukti prie pilvo, plačiai išskėtus klubus (Mikeladzės būdas), dėl ko dubuo yra lyg uždedamas ant vaisiaus galvutės, padidėja gaktos kampas. Gimdyvės pozicijoje tupint tai galima pasiekti paprašiusi gimdyvę stangintis išlenkus nugarą kiek į priekį. Šiuo atveju kojos turėtų stovėti ant visos pėdos. Sumažinti dubens pakrypimo kampą kiek įmanoma ir pakišti aukštą ritinį po gimdyvės kryžkauliu. Šiuo atveju gaktos sąvarža pakyla - "užsideda ant galvutės", o iškyšulys, priešingai, lyg nusileidžia žemyn. To pasekmėje fiziologinė juosmens lordozė sumažėja, kas pagerina sąlygas vaisiui judėti ir gimti.

Tačiau reikia pažymėti, kad nesavalaikis Meladzės būdo pritaikymas (aukštesnėje įsistačiusios galvutės padėtyje) gali, priešingai, sulėtinti galvutės gimimo procesą. Esmė tame, kad pritaikius šį būdą bevardžiai dubens kaulai dėl jų didelio mobilumo nėštumo metu gali sumažinti tiesaus įėjimo į mažąjį dubenį ploštumos dydį – gaktos sąvaržos vidiniai paviršiai priartėja prie iškyšulio (prisiminkite Walhero poziciją, tačiau ten rezultatas priešingas). Galiausiai, jei galvutė nenusileido į mažojo dubens ertmę, ji gali būti suspausta tarp gaktos ir iškyšulio. Todėl, prieš naudojant metodus, kurie mažina dubens nuolydžio kampą, gydytojas turėtų labai tiksliai nustatyti vaisiaus galvutės padėties aukštį.

Po galvutės pasirodymo, mes rekomenduojame, priešingai, padidinti posvyrio kampą. Šiuo tikslu pakišame ritinį po juosmeniu arba, jeigu gimdyvė stanginasi tupėdama, paprašome jos smarkiai išsilenkti ties juosmeniu, tuo pačiu metu atplėšiant kulnus nuo grindų. "Keičiant dubens povyrio kampą, galima koreguoti galvutės pasirodymą, sumažinti jos pernelyg didelį spaudimą tarpviete" (K. Schroeder'is).

Keičiant dubens posvyrio kampą galima ne tik palengvinti ir paspartinti kūdikio gimimo, bet ir išvengti sunkių gimdymo takų traumų, visų pirma, tarpvietės (kaip minėjo M. E. Barac'as 1936 m.).

Dažnai pozicijoje gimdyvėms gulint ant nugaros Rachmanov'o lovoje išsivysto gimdymo veiklos silpnumas ir akušeriai skuba pradėti medikamentinį gimdymo skatinimą, visiškai pamiršdami žymiai fiziologiškesnio ir paprastesnio išsivysčiusios komplikacijos gydymo metodo galimybes. Prieš tai, kai nuspręsite įvesti adatą į veną sistemai prijungti, paprašykite gimdyvės pasistanginti stovint arba tupint ir būsite nustebinti rezultatu. Būtina pažymėti, kad patyrę gydytojai dažnai griebiasi tokio „gydymo“ metodo, bet nutyli jo panaudojimą galvodami, kad kūno pozos pakeitimas neturi gimdymui rimtesnės įtakos. Pozicija tupint, naudojant ją racionaliai, yra toleruojama moterų ir jos daugeliu atvejų noriai sutinka ją priimti. Tarpvietė šioje pozicijoje plyšta ne taip dažnai ir ne taip giliai, kaip padėtyje gulint ant nugaros.

Šioje pozoje dėl pusiau sąnarių ir mažojo dubens kaulų paslankumo gaktos kampas padidėja ir, labiausiai netikėtas ir įdomus dalykas, padidėja išėjimo iš dubens plokštumos skersinis matmuo.

Gali būti, mes taip ir nesupratome N. Deventer'io, mokymo apie siaurus dubenis pradininko, jei vis dar su ironija vertiname jo žodžius apie tai, kad gimdymo proceso metu dubuo atsidengia?

TARPVIENTĖ APSAUGA

Pagrindinis akušerio uždavinys – ne tarpvietės apsauga, o gyvo pilnaverčio vaiko gimimas.

V.S. Gruzdev'as, 1922 m.

Daugelyje šalies gimdymo namuose vis dar vykdomi konkursai "Akušerė - Auksinės rankos", skaičiuojama, kiek gimdymų priėmė akušerė, ar daug jų metu buvo komplikacijų, nustatomas tarpvietės plyšimų dažnis. Atkreipkite dėmesį, o ne kūdikių mirtingumas, ne vaikų traumas, o būtent – plyšimų dažnis.

Maždaug prieš 60 metų profesorius V. Gruzdev'as pasakė nuostabius žodžius, kuriuos mes iškėlėme į epigrafą. Iš tiesų, pagrindinė akušerijos užduotis – pilnaverčių palikuonių pagimdymas. Tačiau kasdien vaikydami tarpvietės išsaugojimo, mes balansuojame tarp nesugretinamų dydžių. Ant svarstyklių - iš vienos pusės - tarpvietės vientisumas, iš kitos - kūdikio sveikata.

Negį nėščia moteris nešiojo vaisių 9 mėnesius tik tam, kad kad mes vardan tarpvietės išsaugojimo paukotume būsimą kūdikio sveikatą?

Kartais mes pamirštame, kad siekis išsaugoti tarpvietę "bet kokia kaina" gali sukelti rimtas galvos ir stuburo smegenų traumas naujagimiams. 1956 m. S.A. Fraiman'as priėmė 32 000 gimdymų nesaugodamas tarpvietės ir pasiekė puikius rezultatus. Perinatalinis mirtingumas sumažėjo 2 kartus, intrakranijinių hemoragijų 5 kartus, kefalohematomos buvo pastebėtos 3,5 kartų mažiau. Tarpvietės plyšimų padaugėjo 2%.

Autorius nelaukė savaiminio užpakalinės sąauga plyšimo, kiek dažniau nei įprasta atlikdavo epiziotomijas. Štai tokia yra pernelyg didelės tarpvietės apsaugos kaina – dvigubai didesnis perinatalinis mirtingumas, penkis kart - vaisiaus intrakranijinių hemoragijų!

Gimdymo antrojo etapo priėmimas be tarpvietės apsaugos tik iš pirmo žvilgsnio atrodo paprastu natūralių procesų kopijavimu, tačiau psichologiškai akušeriui toks tariamas pasyvus stebėjimas yra daug sunkesnis, nei gimdymo priėmimas pagal įprastinę metodiką su tarpvietės apsauga. Tik nuoširdi empatija gimdyvei, vaisiui, remiantis giliomis fantominio kurso žiniomis, gimdymo biomechanizmo išmanymu, leidžia gimdymus priimti be didesnės rizikos, nesiimant, kiek tai įmanoma, akušerinės pagalbos priemonių. Perfrazuojant Asklepijų, mes prašome savo akušerius dirbti "tik paprastai, teisingai ir gražiai".

Nepaisant mūsų propaguojamo principo: "Svarbiausia akušerio užduotis - ne tarpvietės išsaugojimas, o pilnaverčio kūdikio gimimas", mes suprantame, kad akušerio darbe svarbiausia yra laiminga gimdymo pabaiga kaip motinai, tiek ir vaisiui. Mūsų požiūriu, yra negalima nuo vieno

kraštutinumo (išsaugoti tarpvietę „bet kokia kaina“) mestis į kitą, - gimdymą vesti visai be jokios tarpvietės apsaugos, paleisti tai savieigai. Kiek tai įmanoma, mes stengiamės apsaugoti tarpvietę, žinoma, ne vaisiaus interesų sąskaita.

Dar 1891 metais Kijevo akušerių-ginekologų draugijos posėdžio metu profesorius N.Ketlinsky's išsakė savo samprotavimus dėl neefektyvumo plačiai taikomos tarpvietės apsaugos. Iš tiesų, analizuojant gimdymų namų sąlygomis rezultatus, atvejais, kur moteris gimdo ne tik be akušerio pagalbos, bet ir be jokio medicinos personalo, mes pastebėjome, kad tarpvietės plyšimų dažnis yra minimalus ir sudaro 9,4%. Ligoninėse gi, kur taikoma tarpvietės apsauga, gimdyvių traumatizmas padidėja ir siekia 20 - 30%. Vargu bau, ar pagalbos priemonė, kuri ne sumažina, bet padidina gimdymo takų minkštųjų audinių plyšimų dažnį, galima vadinti žodžiu "apsauga". Persasi kitas apibrėžimas... Nusivylę dėl tarpvietės apsaugos priemonių neefektyvumo, Vienos akušerių mokyklos atstovai K. Ritgen'as, R.Skanconi pasiūlė, esant sunkumams dėl galvos praėjimo, atlikti didžiųjų lytinių lūpų keturias įpjovas. Tačiau gimdymo takų praplėtimas tokiu traumišku būdu nerado palaikymo tarp daugumos praktikuojančių gydytojų, konkrečiai, prieš tokią radikalią intervenciją pasisakė Kazanės akušeris Fenomenovas.

1895 metais Michaelis pasiūlė tarpvietės pjūvį išilgai vidurinės linijos, o tada D.O. Ott'as 1902 metais pradėjo praktikuoti šoninę ir vidurio šoninę epiziotomijas. Šie vulvos žiedo operatyviniai praplėtimo metodai rado pritarimą ir yra plačiai naudojami akušerijoje iki šių laikų.

Savo darbe mes nesiekiamo apsaugoti tarpvietę bet kokia kaina, kadangi puikiai žinome, kad kartais tai pasiekama pernelyg didele kaina - vaisiaus sužalojimo kaina. Esant mažai pirmeigei vaisiaus dalies apimčiai ir pakankamai elastingai daugkarčių gimdyvių tarpviete apskritai galima apsieiti be jos apsaugos, apsiribojant tik kontroliniu vizualiniu stebėjimu. Beje, apie tai kalbėjo dar E. Bumm'as XIX amžiaus pabaigoje. Tačiau kilus plyšimo grėsmei, mes vis gi atliekame apsaugą viena ranka. Mūsų nuomone, yra tikslingiau ranką uždėti ant tarpvietės, o ne ant vaisiaus galvos.

Uždėjus ranką ant judančios į priekį galvos viršugalvio gumbų akušeris gali netyčia sudaryti kliūtį normaliai gimdymo biomechanizmo eigai – bus sulaikomas judėjimas į priekį ir uždelsiama pakaušio duobės fiksacija po apatiniu gaktos sąrangos kraštu. Dėl to galvutė judės ne mažuoju įstrižuoju dydžiu, bet šiek tiek didesniu dydžiu. Laikydami gi ranką ant tarpvietės pristabdome gaktos gumbų gimimą, tokiu būdu šiek tiek skatiname nežymų galvutės prilenkimą, nesudarome kliūčių viršugalvio gumbų gimimui, t.y. imituojame "natūralų" galvutės gimimo biomechanizmą (19 pav.).

Apsaugoti tarpvietę kūdikio gimdymo metu galima keičiant dubens palinkimo kampą (žr. ankstesniame skyriuje). Ritinio pakišimas po kryžkauliu, o po to, atsižvelgiant į vaisiaus galvos gimimo greitį, po juosmeniu, kai kuriems autoriams leido sumažinti gimdymo takų minkštųjų audinių plyšimo dažnį iki 10%. Ir tai buvo pasiekta be įprastinių rankinių "tarpvietės apsaugos" priemonių.



Pav. 19. Tarpvietės apsauga viena ranka, kai kita ranka „nuimami audiniai“.

Gimus viršugalviui mes nerekomenduojame atlenkti galvytę pakaušiu iščių link. Po galvos gimimo draudžiame savo akušeriams atlikti trakcijas už galvytės ir pasukti ją siekiant palengvinti peties lanko gimimą. Pamenate, prieš 15 - 20 metų tarp akušerių buvo paplitusi tezė: "Šalin rankas nuo gimdos po gimdymo!". Seniai subrendo toks gimdymo priėmimo principas: "Šalin rankas nuo gimusios galvytės!"

Tolesnis vaisiaus gimimas turėtų vykti savarankiškai, be akušerio įsikišimo. Patyrusių akušerių-ginekologų aplinkoje vis dar yra sutinkamas žaismingas amžiaus pradžioje susiformavęs praktiškas patarimas: "Po vaisiaus galvos gimimo akušeris laisvai gali nueiti parūkyti." Tačiau mūsų stebėjimai rodo, kad daugelyje gimdymo klinikų jau po 4 sekundžių nuo vaisiaus galvytės gimimo akušerės atlieka trakcijas už vaisiaus galvytės siekdamos ištraukti pečių juostą. Šiuo atžvilgiu būtina priminti, kad po galvos gimimo gimdos-placentos kraujotaka ir toliau funkcionuoja. Maža to, placentos ir vaisiaus bendra kraujotaka cirkuliuoja ir toliau po to, kai vaisius gimė, ir sustoja 5 - 6 gyvenimo minutę. Todėl, jei nėra jokių hipoksijos požymių (galvytės odos dangalų cianozė, nėra aplink kaklą apsivijusios virkštelės, nėra širdies ritmo sutrikimų), gimdymą ir toliau būtina vykdyti griežtai konservatyviai.

Esant vaisiaus kančių požymiams rekomenduojame forsuoti gimdymą – įvesti dešinės arba kairės rankų smilių iš vaisiaus nugarytės pusės į priekinio peties pažasties įdubą. Tada, kitos eilinės stangos metu, paskatiname vidinę pečių rotaciją ir priekinio peties fiksaciją ties apatiniu gaktinės sąvaržos kraštu. Tai visiems akušeriams gerai žinomas skatinimo būdas. Bėda ta, kad jis atliekamas tik po to, kai akušeris, pabandęs stipriais trakcijų už galvytės veiksmais išvesti pečių juostą, įsitikino, kad pageidaujamo efekto nepasiekė. Užfiksavus priekinį petį ties gaktos arka, pasiūlome gimdyvei stangintis. Jei galinio peties gimimas vėluoja, taikome tą patį metodą, kaip ir priekinio peties išvedimui. Po pečių juostos gimimo netraukiame nei už galvytės, nei už pečių, o tik prilaikome vaisių, kad ne persilenktų žemyn.

Galvine pirmėiga ir pagal modifikuotą metodiką gimė 367 vaikai. 303 vaikams (82,5%) jokių galvos ar stuburo smegenų gimdymo traumų požymių nebuvo aptikta (pirmoji grupė). Likusiems 64 vaikams (17,4%) pasireiškė nervų sistemos natolinių pažeidimų požymiai (antroji grupė). Atkreipiame dėmesį, kad gimdymų, vykusių pagal standartinę metodiką, metu vaikų su neurologiniais sutrikimais procentas buvo gerokai didesnis ir siekė 33,4.

Nėštumo komplikacijos pasireiškė pas 84 moteris (27,7%).

Pirmakartės buvo 160 (52,8%), pakartotinai gimdė 143 (47,2%) (vienas gimdymas anamnezėje - 106 moterys, du ar daugiau gimdymų - 37). Iš pakartotinai gimdžiusių 78 turėjo medicininius abortus (42 - vieną abortą, 36 - du ir daugiau), iš jų 5 moterims ankstesni gimdymai buvo užbaigti vaisiaus vakumine ekstrakcija.

Dubens I laipsnio susiaurėjimas buvo pas 23 gimdyves (7,59%): 12 - hipoplastinio tipo, 11 – paprastas plokščias dubuo.

Gimdymų be komplikacijų metu gimė 198 vaikų (65,3%), komplikuoto gimdymo - 105 (34,7%). Pasireiškė tokios komplikacijos – greitas gimdymas (35), labai greitas (16), silpna gimdymo veikla (63), bevandenis periodas ilgesnis nei 12 valandų (27), užsitęsęs gimdymas (18), priešlaikinis žemai esančios placentos atsiskyrima (6).

Iš 303 vaikų 267 (88,1%) gimė savalaikiai, neišnešioti- 28 (9,3%), pernešioti - 8 (2,6%). 285 šios grupės vaikų gimė priekinio vaizdo pakaušio pirmėiga. 18 - galinio vaizdo. Berniukai buvo 158, mergaičių - 145.

Intrauterinė vaisiaus hipoksija pasireiškė 18 atvejų (5,9%): 7 - dėl priešlaikinio placentos atsiskyrimo, 6 - dėl virkštelės apsivijimo aplink vaisiaus kaklą, 5 - hipoksijos priežastis nenustatyta.

Tokiu būdu, lyginant atitinkamų grupių pirmųjų 500 gimdymų ir antrųjų 500 gimdymų rezultatus pagal aukščiau nurodytus rodiklius jokių esminių skirtumų nustatyta nebuvo.

Galvutės gimimo momentu operatyvinis vulvos žiedo praplėtimas buvo atliktas 49 gimdyvėms (16,2%) (epiziotomija 37 gimdyvėms, perineotomija - 12). Operacijos indikacijomis buvo: tarpvietės plyšimo grėsmė - 39, intrauterinė vaisiaus hipoksija - 10. Tarpvietės plyšimai pasireiškė 33 (10,29%): 26 - I laipsnio, 7 - II laipsnio.

Kūdikių būseną pagal Apgar skalę buvo įvertinta 8 – 10 balų 238 atvejais (78,5%), 5-7 balais - 58 atvejais (19,4%), 1 - 4 balais - 7 atvejais (2,1 %).

Vaikų svoris buvo: 22 (7,3%) - mažiau nei 2450 g, 240 (79,2%) - nuo 2500 iki 3900 g, 41 (13,5%) - nuo 4000 iki 4650 g.

Kaip jau buvo minėta, 64 vaikams, gimusiems galvine pirmėiga, pasireiškė galvos ir stuburo smegenų pažeidimų požymiai (antra grupė).

Vidutinis motinų amžius buvo 24,4 metai.

Nėštumo komplikacijos pasireiškė 26 (40,6%) moterims. Iš jų toksikozės - ankstyvosios (18) ir vėlyvosios (5). Nėštumo tėkmė 12 moterų komplikavosi adenovirusine infekcija.

Pirmakartės buvo 38 (59,3%), pakartotiniai - 26 (40,7%): vienas gimdymas anamnezėje 20, du ir daugiau - 6. Iš pakartotinai gimdžiusių 13 moterų turėjo medicininius abortus (8 - vieną abortą, 4 – po du).

Dubens I laipsnio susiaurėjimas buvo pas 5 (7,8%) moteris: 4 - hipoplazijos tipo, 1 – įstrižai pasislinkęs dubuo.

Iš 64 šios grupės vaikų gimė savalaikiai 51 (79,7%), neišnešioti - 9 (14,05%), pernešioti - 4 (6,25%).

Esant normaliam gimdymui gimė 42 (65,6%) kūdikiai, komplikuotam - 22 (34,4%). Iš jų, greitai gimdymai buvo 10, labai greitai - 2, silpna gimdymo veikla - 5, bevandenis laikotarpis tęsėsi ilgiau nei 12 valandų - 3, užsitęsęs gimdymas - 7, priešlaikinis placentos atsiskyrimas - 2.

60 antrosios grupės vaikų, gimusių priekine pakaušio pirmėiga, 4 - galine pakaušio pirmėiga.

Galvutės išstūmimo metu epiziotomija buvo atlikta 8, perineotomija – 5 gimdyvėms, kas sudarė 20,3% visų atvejų. Indikacijos: intranatalinė vaisiaus hipoksija - 4, tarpvietės plyšimo grėsmė - 9. Tarpvietės plyšiai buvo pastebėti 12 (18,75%): 9 – I laipsnio, 3 - II laipsnio.

Intranatalinė vaisiaus hipoksija pasireiškė pas 8 (19,5%) moteris: dėl priešlaikinio apačioje išsidėsčiusios placentos atsiskyrimo (4), dėl absoliučiai trumpos virkštelės (1), 3 hipoksijos atvejų priežastys nebuvo nustatytos. Su tampriai aplink kaklą apsivijusia virkštele gimė 3 vaikai: 2 gimė su viena kartą kaklą apsivijusia virkštele, 1 - su tris kartus; su laisvai apsivijusia virkštele - 4 (visi su viena kartą apsivijusia). Po gimimo pas 2 vaikus buvo rasti neužsiveržę virkštelės mazgai. Berniukų gimė 35, mergaičių - 29.

Gimusių vaikų būklė pagal Apgar skalę buvo įvertinta 8 – 10 balais 48 (75,0%) vaikų, 5 - 7 balais - 12 (18,75%), 1 - 4 balais - 4 (6,25%). Masė buvo 9 vaikų (14,1%) mažesnė nei 2500 g, 50-ties - (78,1%) – nuo 2500 iki 3950 g, 5 (7,8%) – daugiau nei 4000 g.

Iš 64 vaikų po atlikto neurologinio tyrimo 20-čiai buvo nustatyti sunkių galvos (2) ir nugaros smegenų (18) traumų požymiai, pas 44-is kūdikius - santykinai nežymūs galvos (4) ir nugaros (40) smegenų natalinių traumų požymiai. Kaklo srities stuburo smegenų sustorėjimo pažeidimai buvo aptikti pas 21 vaiką, slankstelinų arterijų sužalojimai – pas 12, stuburo juosmens srities smegenų sustorėjimo traumos – pas 16, sudėtinių pažeidimų požymiai - pas 9 vaikus.

Tokiu būdu, vaisiaus galvinės pirmėigos gimdymus priimant pagal mūsų pasiūlytą metodiką nugaros smegenų traumų dažnis sumažėjo beveik dvigubai ir sudarė 15,8%. Nugaros smegenų pažeidimo simptomai pasireiškė daugiausiai dėl nėštumo arba gimdymo eigos komplikacijų, kurios kilo dėl nepalankių, traumatizmą sąlygojančių faktorių poveikio: nėštumo nutraukimo grėsmė, vėlyva toksikozė, gripas ir kitų intranatalinių komplikuojančių veiksnių buvimas. Taip, vaikų traumatizmas dėl intranatalinės hipoksijos poveikio sumažėjo nežymiai (8 vaikai iš 26 (30,8%) gimdymą priimant pagal mūsų metodiką ir 8 iš 22 (36,4%) vaikai priimant gimdymą pagal visuotinai taikomą metodiką). Tai dar kartą patvirtina, kad apie bet kokios mechaninės jėgos

panaudojimas kenčiančio vaisiaus atžvilgiu, tik pablogina jo būklę ir daro žalą jo tolesniam postnataliniam vystymuisi.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad priimant gimdymus pagal visuotinai taikomą standartinę metodiką nugaros smegenų, stuburo ir slankstelių arterijų traumos mūsų buvo pastebėtos dažniausiai pas pirmą kartą gimdžiusias moteris (pas 75 iš 180, kas sudaro 41,7%) (ypač vyresnių nei 35 metų amžiaus: 29 iš 60 - 48,3%) neišnešiotų ir pernešiotų nėštumo atvejais, gimus dideliu vaisiui, taip pat esant nėštumo ir gimdymo komplikacijoms. Mes skyrėme ypatingą dėmesį būtent šių aukščiau išvardintų gimdymų specifikai. Mūsų sukurtos gimdymo priėmimo metodikos pritaikymas antrajame gimdymo etape galvina pirmą šią gimdyvių kategorijoje leido sumažinti apsigimimų dažnį iki 19,2%, vyresnio amžiaus pirmakarčių - nuo 48,3% iki 25,0%.

Labai žymiai (beveik 2 kartus - nuo 42,9 iki 29%), mums pavyko sumažinti neišnešiotų vaikų intranatalinių nugaros smegenų, stuburo ir slankstelių arterijų pažeidimų skaičių. Tai dar kartą įrodo, kad neišnešiotų vaisiaus, kuris yra ypatingai jautrus traumoms, gimdymo metu gali ir turi būti sumažintas iki minimumo bet koks jėgos panaudojimas. Tuo pačiu metu iš to seka labai klinikinėje praktikoje išvada, patvirtinanti mūsų anksčiau išsakytą prielaidą: toli gražu ne visi neurologiniai sutrikimai, nustatyti pas neišnešiotus kūdikius, gali būti paaiškinami vaisiaus nebrandumu, o gali būti kilę dėl gimdymo metu vaisiui padarytų traumų. Todėl šiam procesui galima daryti įtaką ir žymus šios grupės vaikų neurologinių sutrikimų procentinis sumažėjimas tai įrodo.

Priimant gimdymus pagal mūsų metodiką sumažėjo tarpvietės I-II laipsnių plyšimų dažnis (nuo 14,5 iki 12,26%). Tai buvo dėl to, kad mes gimdymo metu nesiekėme maksimalaus vaisiaus galvutės sulenkimo ir tokiu būdu išsaugoti tarpvietę "bet kokia kaina", turėdami omenyje, kad tarpvietės išsaugojimas kartais sukelia sunkias pasekmes - traumą vaisiui. Mažai išsiplėtusio vulvos žiedo atvejais dažniau atlikdavome chirurginį jo pjūvį (epizio- ir perineotomijos dažnis padidėjo nuo 13,6% iki 16,62%). Vulvos žiedo išplėtimas sudaro palankias sąlygas savarankiškam pečių lanko gimimui, atitinkamai, daro mažiau žalos vaisiui. Epiziotomijos arba perineotomijos atlikimas pagal indikacijas leido pasiekti teigiamus rezultatus – vaisiaus pažeidimų skaičius sumažėjo nuo 25,8% iki 21,3%.

VAIKŲ, GIMUSIŲ SĖDMENŲ PIRMEIGA, SERGAMUMO IR MIRTINGUMO SUMAŽINIMAS

Jeigu akušerijoje apskritai savitvardos išsaugojimas yra pilietinė pareiga, tai vaisiui esant sėdmenų pirmėiga yra dvigubai svarbu ramus požiūris. Kai paskui gimstanti galvutė sutinka neįveikiamą kliūtį, niekada nenaudokite brutalios jėgos, traukdami už liemens.

W. Liepman, 1912 m.

Siekiant sumažinti perinatalinį sergamumą ir mirtingumą gimdymų sėdmenų pirmėiga atvejais galima išskirti du pagrindinius aspektus:

- 1) diagnostikos metodų ir nėštumo apsaugos taktikos tobulinimas;
- 2) gimdymo akto traumatiškumo sumažinimas.

Klinikinių stebėjimų analizė rodo, kad vaisiaus sėdmeninės pirmėigos diagnozavimo dar nėštumo stadijoje tikslumas dar nėra pakankamai aukštas. Taip, pagal Strizov'os pateiktus duomenis, teisinga diagnozė moterų konsultacijų klinikoje buvo nustatyta tik 68% atvejų. Pavėluotas sėdmenų pirmėigos diagnozavimas (atvykus į gimdymo namus prasidėjus sąrėmiams) ne visada leidžia gydytojui savalaikiai identifikuoti ir taikyti įprastinę standartinę gimdymo priėmimo taktiką. Rekomenduojama subalansuota nėščių moterų mityba, kad būtų sumažintas

riebalų ir angliavandenių kiekis maiste. Tuo pačiu metu radikalus mitybos režimo apribojimas gali išsaukti vaisiaus svorio sumažėjimą dėl dirbtinai sukeltos hipotrofijos.

Nėščios moterys su vaisiaus sėdmenų pirmėiga turėtų būti hospitalizuojamos savalaikiai: fiziologinio nėštumo eigos atvejais - likus savaitei iki numatomos gimdymo datos, esant komplikacijoms - iš karto po jų pasireiškimo.

Gimdymo akto traumatiškumo sumažinimo aspektu yra 3 pagrindinės tendencijos:

- 1) profilaktinis išorinis vaisiaus apgrėžimas;
- 2) gimdymo natūraliu būdu metodų tobulinimas;
- 3) indikacijų abdominaliniam gimdymui išplėtimas.

Vaisiaus, esančio sėdmenų pirmėigos pozicijoje, apgrėžimo manipuliacijomis iš išorės būdą pirmą kartą pasiūlė 1880 m. prancūzų akušeris L. Mattei beveik vienu metu su Hegar'u, o vėliau ir Spenser'is Anglijoje, būtent tuo metu, kai sėdmenų pirmėiga buvo laikoma sunkiausias, net mirtinas pasekmes galinti sukelti komplikacija tiek vaisiui, tiek ir motinai.

Daugėjant patirties viršų paėmė nuomonė, kad tausojanči pagalba nėštumui ir gimdymui duoda geriausius rezultatus. Prieš išorinį apgrėžimą pasisakė ir rusų akušeriai - A. J. Krasovskij ir N.N. Fenomenov'as. K. Skrobanskyj (1936 m.) buvo įsitinęs, kad "jaunų draugų bandymai (užuomina į B.A. Archangelskį) atgaivinti šį pavojingą ir nereikalingą būdą tarybinėje akušerijoje yra nepagrįsti".

Išorinis profilaktinis vaisiaus apgrėžimas, pasiūlytas B.A. Archangelskio 40-ais ir 50-ais mūsų šimtmečio metais, tikrai pasiteisino tuo metu, kai cezario pjūvio operacija buvo labai rizikinga, tačiau šiais laikais šis metodas beveik prarado savo reikšmę ir negali būti rekomenduojamas plačiai taikyti.

Siekiant sumažinti traumatizmą vaisiaus gimdymo sėdmenų pirmėiga atvejais svarbiausia - kantrus ir tausojantis požiūris į gimstantį vaist.

Sėkmės garantas yra griežtas laukimo taktikos pagal N.A. Covjanovo pasiūlytą pagalbos vaisiaus gimdymui sėdmenų pirmėiga atvejais metodiką laikymasis. Tereikia prarasti savitvardą, pradėti skubėti ir pereiti nuo kantraus savarankiško gimimo laukimo prie vaisiaus ekstrakcijos - neišvengiamai kyla komplikacijos: rankyčių (vienos arba abiejų) atmetimas ar vaisiaus galvos atlošimas.

Mes uždraudėme savo akušeriams taikyti Prahos metodą (klaidingai vadinamą galvytės atlaisvinimo pagal Covjanovo metodą). Akušerijos praktikoje buvo sukurti mažiau traumuojantys metodai. Dažniausiai, kai kyla sunkumų atlaisvinant paskui einančią galvytę, mes naudojame Mauriceau-Levre-La Chapelle ir Veit-Smellie metodus, kurie yra aprašyti daugelyje akušerijos vadovėlių.

Mauriceau-Levre gimdymo priėmimo metodas autorių buvo pasiūlytas 1668 m. Šios akušerinės pagalbos gimdyvei metu gimus abiems rankytėms vaisiaus liemuo guldomas ant kairiojo dilbio, tos pačios rankos smilius yra įvedamas į vaisiaus burną. Madam M.-L. La Chapelle, garsiojo J.-L. Baudelocque mokinė, dėsčiusi akušerijos mokykloje Paryžiuje, rekomendavo įvesti 2 pirštus ir pirštų falangas uždėti ant vaisiaus dantenų. Tačiau vėlesnių kartų akušeriai supaprastino šį metodą ir įvesdavo tik smilių.

Atsargiai traukiamas apatinis žandikaulis juda žemyn ir prilenkia tuo pačiu galvytę. Po to smilius ir didysis pirštai, sulenkti kabliu, yra patalpinami ant pečių iš abiejų vaisiaus kaklo pusių. Tada galvytė yra atlaisvinama pradžioje traukiant ją vienu metu abiem rankomis žemyn, o jai patekus į vulvos žiedą ir pakaušinę ildubą atvedus prie apatinio gaktinės sąvaržos krašto - palaipsniui į viršų. Pirštai, esantys vaisiaus burnoje, pasiekia du tikslus - apsaugo kaklą (pirštas atlieka dirbtinio kaklo dublikato vaidmenį) ir prilenkia vaisiaus galvą. Tačiau, jei pirmoji problema yra išsprendžiam gana lengvai, galvos prilenkimas pavyksta toli gražu ne visiems vaisiams. Vaisiams, sveriantiems 3500 - 3700 g, santykinai ilgą laiką daromos ir stiprėjančios traukijos, siekiant prilenkti stambaus vaisiaus galvytę, gali sukelti žandikaulio traumas.

Jeigu Mauriceau-Levre metodika neduoda pageidaujamo rezultato ir galvytė nepasilenkia, nedelsiant reikia pereiti prie Veit-Smellie metodo.

Paskui sekančios galvytės ištraukimas atliekamas yra taip. Du pirštai – smilius ir didysis (tos rankos, kurios dilbio yra vaisiaus liemuo) – įkišami apačioje iš kryžkaulio įdubos pusės prie kūdikio veido iki žandikaulių. Tuo pačiu metu tie patys (arba tik smilius) dešinės rankos pirštai įkišami tarp makšties ir galvutės iki pakaušio. Vienu metu atliekamais abiejų rankų – kaire ranka žemyn už žandikaulio, dešine pakaušinis iškilimas stumiamas nuo makšties sienelių – veiksmas galvutė yra palenkiamas ir taip pagreitinamas jos gimimas.

Istoriškai yra įdomus Pugh metodas, kuris buvo pasiūlytas kaip vaisiaus gelbėjimo būdas vaisiaus galvutės gimimas užsitęsia per ilgai. Ranka iš vaisiaus krūtinės ląstos pusės dedama delnu į viršų ant užpakalinės makšties sienelės pusės, atstumia, kiek tai yra įmanoma, atgal tarpvietę, o trečiu pirštu praveriama vaisiaus burna. "Dabar oro patekimas į burną yra laisvas ir negimęs kūdikis gali kvėpuoti." Laikas laimėtas, galima lėtai ir neskubant tęsti galvos išlaisvinimą.

Kojų pirmėigos atveju stengiamės gimdymą antruoju periodu priimti ne pagal Covjanovo metodiką. Šios rūšies pirmėigos operacija yra kolpeirinterio įvedimas į nevisai atsivėrusį gimdos kaklelį.

Visoms pirmakartėms arba pakartotinai gimdančioms, kurių tarpvietė aukštai, rigidiška ar patinusi, atliekame vulvos žiedo įkirpimo operaciją (epiziotomiją).

Sėdmenų pirmėiga pagal čiai siūlomą metodiką gimė 62 vaikai, 47 (75,81%) iš jų nebuvo nustatyta nervų sistema gimdymo traumų požymių (pirmoji grupė), o 13 (20,97%) buvo nustatyta nugaros smegenų gimdymo traumų požymiai, 2 (3,22%) – galvos smegenų (antroji grupė).

Vidutinis motinų amžius I grupėje buvo 26,3 metų.

Nėštumo komplikacijos buvo pastebėtos pas 18 (38,3%) moterų, pirmosios nėštumo pusės toksikozė - 12, antrosios nėštumo pusės - 6, nėščiųjų anemija - pas 5, persileidimo grėsmė - pas 6.

Pirmakartės buvo 27 (57,45%) moterys, pakartotinai gimdė - 20 (42,55%): vieną kartą gimdžiusių - 15, du ir daugiau gimdymų - 5. Iš 20 pakartotinai gimdžiusių pas 8 prieš tai buvę nėštumai buvo nutraukti abortu: pas 2 - vienas abortas, pas 6 - du ar daugiau.

Tikrąją sėdmenų pirmėigą gimė 32 (68,08%) kūdikiai, kojų - 5 (10,6%), mišria - 10 (21,32%). Šioje grupėje buvo 26 berniukai ir 21 mergaitė. Vaikai svoris svyravo nuo 1900 iki 2450 g (5), nuo 2500 iki 3900 g (39), ir daugiau nei 4000 g (3). Savalaikiai gimė 39 vaikai, neišnešioti - 4, pernešioti - 4.

Normaliai vykusių gimdymų metu gimė 35 (74,5%), komplikuočių gimdymų - 12 (25,5%). Gimdymo komplikacijos buvo tokios: bevandenis laikotarpis ilgesnis nei 12 valandų - 5, silpna gimdymo veikla - 2, aukštai tiesiai esanti galvutė - 2, dalinė priešlaikinė placentos atšoka - 1.

5 (10,6%) vaikams šioje grupėje buvo diagnozuota vaisiaus hipoksija (priešlaikinis apačioje esančios placentos atsiskyrimas - 3, taip pat apsigijusi kaklą virkštelė - 2).

32 vaikų tikrąją sėdmenų pirmėigą gimdymas iki pečių lanko gimimo buvo priimamas pagal Covjanovo metodiką, 15 - pagal klasikinę pagalbos rankomis metodiką. 13 paskui sekanti galvutė buvo atlaisvinama pagal Maurice-Levroux-La Chapelle metodiką, 34 - pagal Veit-Smellie.

Vaikų būklė pagal Apgar skalę buvo įvertinta 8 - 10 balų 23 vaikai, 5 - 7 balais - 19, 1 - 4 balais - 5.

Vaisiaus sėdmenų gimimo metu buvo atlikta epiziotomija 17 gimdyvių, perineotomija - 2, kas bendrai sudarė 36,17%. Tarpvietės plyšimas įvyko 3 (6,4%) motinoms: 2 - I laipsnio, 1 - II laipsnio.

15 (24,19%) vaikų, kurie buvo antroje grupėje, buvo nustatyti galvos (2) ir stuburo smegenų (13) pažeidimų požymiai. Vidutinis motinų amžius buvo 25,6 metai. Nėštumo komplikacijos pasireiškė pas 7 šios grupės moteris (46,7%): toksikozė pirmoje nėštumo pusėje (3), toksikozė antroje nėštumo pusėje (2), nėščiųjų anemija (1), persileidimo grėsmė (3). Šioje grupėje daugiausiai buvo pirmakarčių - 12 (80%), pakartotinai gimdžiusių - 3 (20%).

Tikrąją sėdmenų pirmėigą gimė 6 (43,3%) kūdikiai, mišria - 4 (26,7%), kojų pirmėigą - 51 (30%). Normaliai vykusių gimdymų metu gimė 3 (20%) kūdikiai, komplikuočių gimdymų - 12 (80%), daugiausiai buvo tokios komplikacijos, kaip silpnos stangos (8), kas, be abejo, labai apsunkindavo vaisiaus pečių juostos ir galvutės gimimą; ankstyvas vaisiaus vandenų nutekėjimas (5), greitas gimdymas (2). 8 (53,3%) vaikų gimdymo atvejais iki pečių lanko gimimo buvo taikoma Covjanovo priėmimo metodika, 7 (46,7%) - klasikinė pagalba rankomis. Paskui sekančios galvutės atlaisvinimas buvo atliekamas pagal Mauriceau-Levroux-La Chapelle (10-70%), arba Veit - Smellie (5-30%) metodikas. Vaisiaus sėdmenų išstūmimo momentu buvo atlikta vulvos žiedo įkirpimo operacija (epiziotomija) 5 (30%) moterims. Tarpvietės plyšimų nebuvo. 6 vaikų būklė gimimo momentu pagal Apgar skalę buvo įvertinta 8 - 9 balais, 7 vaikų 5 - 6 balais, 2 - 0 - 4 balais. Šioje grupėje buvo 5 berniukai, 10 mergaičių. Vaikų svoris svyravo šių dydžių ribose : 5 vaikai - mažiau nei 2500 g, 9 - nuo 2500 iki 3900 g, 1 - 4100 g. 10 vaikų gimė savalaikiai, neišnešioti - 5.

Neurologinės apžiūros metu, kaip mes jau minėjome, pas 2 vaikus buvo nustatyti galvos smegenų pažeidimų požymiai, stuburo smegenų pažeidimų požymiai - 13 vaikų; pas 11 vaikų buvo aptiktos lengvos, pas 4 - sunkios nervų sistemos patologijos. Šie keturi vaikai gimė komplikuočių gimdymų metu, du iš jų svėrė 2300 ir 2350 g, vienas - 4100 g.

Neurologinėje simptomatikoje dominavo nugaros smegenų kaklo srities pažeidimai (9 vaikai), pasireiškę arba miotoninio sindromo (4), arba mišrios tetraparezės (5) formomis, pas 4 vaikus pasireiškę mišrių nugaros smegenų pažeidimų požymiai.

Pagal šią metodiką atliktų gimdymų sėdmenų pirmėigą priėmimų metu intranatalinių stuburo smegenų pažeidimų dažnis sumažėjo nuo 38,1% (pagal tradicinę gimdymo priėmimo metodiką) iki 20,97%.

Gauti duomenys dar kartą patvirtina daugelis akušerių, tyrinėjančių gimdymus sėdmenų pirmėigą patologinės akušerijos požiūriu, nuomonę. Nesvarbu, kuris metodika nebūtų taikoma ištraukiant paskui sekančią vaisiaus galvutę (Prahos, Mauriceau-Levroux-La Chapelle arba Veit-Smellie), tačiau pagrindinis vaisiaus nugaros smegenų pažeidimo lygmuo išlieka tas pats - kaklo srities sustorėjimas, nes bet kokio metodo pritaikymas suponuoja jėgos panaudojimo komponente - kaklas yra išempiamas ir tik po to vyksta paskui sekančios galvutės judėjimas gimdymo takais. Tačiau tikrosios sėdmenų pirmėigos atvejais mes pasiekėme geriausių rezultatų, atlaisvindami galvutę pagal Veit-Smellie metodiką. Taigi, šio metodo panaudojimas sukėlė traumas vaisiui tik 12,82% atvejų (anksčiau šis procentas buvo 22,7%).

Žymų nugaros juosmeninio sustorėjimo smegenų traumų sumažėjimą (iki 15,38% nuo bendro nugaros smegenų traumų skaičiaus) mes pasiekėmė, kai atsisakėme Covjanovo metodikos priimančiomis gimdymus sėdmenų pirmėigą antrajame etape. Sumažėjo nuo 77,2% iki 55,55% neišnešiotų vaikų, gimusių sėdmenų pirmėigą, gimdymo traumų dažnis, ir tai patiesina vieną nuomonę dėl būtinybės priešlaikinius gimdymus priimti kiek galima konservatyviau ir tausojančiai. Ir, žinoma, yra didelis rezervas mažinant kūdikių, gimusių sėdmenų pirmėigą, sergamumą ir mirtingumą, - indikacijų planiniam cezario pjūviui sąrašo išplėtimas. Netraumuojančių gimdymų būdų taikymas atveria dideles perspektyvas.

Pavyzdžiui, kai parašiau šį skyrį per 1990 metus buvo priimti 82 gimdymai sėdmenų pirmėigą - vaikų nepraradome nei vieno, traumų dažnis sumažėjo iki 15,6%.

VAISIAUS, GIMSTANČIO CEZARIO PJŪVIO OPERACIJOS BŪDU, TRAUMATIZMO SUMAŽINIMO GALIMYBĖS

Cezario pjūvio operacija taikoma net ir dabar žymiai dažniau, nei tai yra moksliskai pagrįsta, nes ji nereikalauja kantrybės ...

V. Winter, 1928 m.

Paskutiniaisiais savo direktyviniais raštais šalies Sveikatos apsaugos ministerija rekomendavo dažniau atlikti cezario pjūvio operacijas, tikėdamasi tokiu būdu sumažinti perinatalinį mirtingumą.

Tačiau esminio, kaip tikėtasi, mirtingumo sumažinimo neįvyko. Maža to, kai kuriais atvejais kūdikių mirtingumas išaugo 1,5 - 2 kartus, vaisiaus, gimusio CPO būdu, gimdymo traumų dažnis išliko tame pačiame lygyje. Paradoksali, nesuprantama situacija – chirurgas, leisdamas vaisiui išvengti praėjimo per motinos gimdymo takus, ištraukia vaiką su ta pačia akušerine gimdymo trauma. Šis paradoksas paaiškinamas daugeliu momentų. Pirmoje vietoje - nėštumo ar gimdymo komplikacijų, kurios ir tapo indikacijomis operacijai, buvimas. Iš tiesų, esant sunkiai gestozei, ekstraprenitalinėms patologijoms, priešlaikiniam placentos atsiskyrimui sunki motinos būklė turės įtakos naujagimio būklei. Dėl Cezario pjūvio operacijos sutrinka vaisiaus adaptacijos prie gyvenimo ne gimdoje procesas – išimdami vaisių iš gimdos, mes atimame iš jo galimybę pasiruošti, prisitaikyti prie negimdinio gyvenimo.

Neneigdami šių veiksnių egzistavimo, mes manome, kad vaisiui, ištrauktam CPO būdu, gimdymo traumas gali sukelti tokios pačios akušerinės manipuliacijos, kurias atlieka akušerė ir gimdymo natūraliais gimimo takais atvejais.

Pirmas dalykas, kurį derėtų kritiškai iš naujo įvertinti - yra gimdos pjūvio ilgis ir forma. Geriausia vaisiui, siekiant apsaugoti jį nuo gimdymo traumų, būtų grįžimas prie korporalinio (išilginio) cezario pjūvio (kurį siūlo daugelis mūsų šalies ir užsienio tyrėjų), kurį atliekant išilginis gimdos pjūvio ilgis praktiškai gali būti padidintas iki 20 - 25 cm. Tačiau nepalankios epidemiologinės sąlygos gimdymo namuose, infekcijos ligoninėje grėsmė neleidžia mums rekomenduoti šį metodą plačiai naudoti. Esmė tame, kad pooperacinių komplikacijų, kurios nereiškia baigiasi motinų mirtimi, dažnis po tokių operacijų yra žymiai didesnis, nei atliekant skersinį cezario pjūvį.

Atsižvelgiant į tai, mes turime apsiriboti gimdos pjūviu apatiniame segmente su išankstiniu užpakalinės šlapimo pūslės sienos nustumimu. Buvo pasiūlyta daug pjūvio modifikacijų. Skersinį gimdos pjūvį mes pradžioje atliekame aštriuoju, o po to bukuoju būdu, maksimaliai praplėsdami žaizdos kraštus iki gimdos žiomenų. Tokiu būdu gauto pjūvio ilgis yra ne 10 - 12 cm, kaip rekomenduojama akušerijos vadovėliuose, o 14 ar daugiau centimetrų. Ne reikia bijoti pažeisti a. uterina, nes ji yra ne miometrijoje, o išoriniame dangale, todėl atskiriant bukuoju būdu nėra pažeidžiamas.

Jei operacijos metu pasirodys, kad vaisiaus ištraukimui ši prieiga yra per maža, tai galima ją padidinti papildomu pjūviu.

Norėdami tai padaryti viename iš žaizdos kampų reikia gimdoje padaryti 3 – 4 cm pjūvį į viršų (kadangi nėštumo pabaigoje gimda yra pasisukusi į dešinę, papildomą pjūvį geriau atlikti kairiajame kampe) - šiuo atveju mes gausime pjūvį, vaizdingai vadinamą "ledo ritulio lazda".

Papildomą pjūvį galima atlikti ne kampe, o žaizdos centre 3 - 5 cm į viršų (T formos arba inkaro formos pjūvį). Pastarąjį pjūvį mes atliekame itin retai, nes jis nėra fiziologiškas (jei toks žodis gali būti vartojamas cezario pjūvio atveju), žaizdos susiuvimas atliekamas kelių aukštų atskiromis siūlėmis, todėl gimdos randas kitam gimdymui gali tapti kliūtimi ir pan. Tačiau, atsižvelginat į tai, kad cezario pjūvio pagrindinis uždavinys yra sveiko kūdikio gimimas, kartais atliekame ir šį, akušerių nuomone, traumatišką pjūvį.

Esant būtinybei praplėsti chirurginės operacijos plotą galima būtų pasiūlyti mėnulio formos gimdos pjūvį aštriuoju būdu. Gerą operacinę prieigą užtikrina V. Chmelick'o pasiūlytas pjūvis - gimdos pjūvis apatiniame segmente yra atliekamas ne skersai, o įstrižai. Naudojant šį pjūvį, autoriaus teigimu, pjūvio ilgis gali būti padidintas iki 18 cm.

Neišnešioti vaisiaus atvejais, atsižvelgiant į tai, kad jis yra ypač jautrus mechaninei traumai, mes linkę atlikti klasikinį istmikokorporalinį cezario pjūvį su išilginiu gimdos pjūviu.

Per ne lyg didelis susižavėjimas chirurginiu gimdymo būdu, vienok, daro neigiamą poveikį akušerio profesionalizmui. Cezario pjūvio operacijų dažnio padidėjimas ir indikacijų sąrašo tokiam pjūviui išplėtimas kenkia akušerio kvalifikacijai komplikuočių gimdymų priėmimui. Gydytojui paprasčiau, lengviau ir saugiau operuoti 30 - 60 minučių, nei savalaikiai diagnozuoti, racionaliai gydyti ir sėkmingai padėti gimdyvei pagimdyti natūraliais gimdymo takais.

Abdominalinio gimdymo dažnio padidėjimas, iš vienos pusės, padeda sumažinti perinatalinį mirtingumą, iš kitos pusės – 3 - 4 kartus padidina gimdyvių mirtingumą ir sergamumą (H. Albrecht, 1989 m.) ir 10 kartų padidina pooperacinių komplikacijų dažnis, lyginant šiuos skaičius su gimdymu natūraliais takais.

V.Vinter'io 1928 m. šiuo požiūriu išsakyta posakis mums yra labai aktualus: "Cezario pjūvio operacija taikoma net ir dabar žymiai dažniau, nei tai yra moksliskai pagrįsta, nes ji nereikalauja kantrybės, nes ji yra paprastesnė nei dauguma makšties operacijų todėl, kad ji apakina savo efektu motiną ir aplinkinius ir apsvaigina gydytoją... Mes privalome imtis priemonių, kad ji savo putojančiu bangavimu neištumtų visiškai tiksliai moksliskai pagrįstų ir pasiteisinusių praktikoje kitų gimdymo priėmimo būdų akušerijoje."

Vaisiaus ištraukimo metu turi būti atsisakyta skubėjimo, nekantrumo, kurį sukelia perteklinis nervingumas operacinėje atliekant cezario pjūvį. Visos gydytojo mintys turėtų būti sutelktos į vieną tikslą – kaip atsargiai, be traumų ištraukti kūdikį.

Atlaisvinant vaisiaus galvutę būtina įvertinti vaisiaus poziciją ir ranką į gimdos ertmę įvesti nuo vaisiaus pakaušio pusės. Priešingu atveju, esant žemai nusileidusiai galvutei, akušerio rankos įvedimas nuo vaisiaus veido pusės gali atlenkti galvutę ir sukelti kaklo traumą ištraukimo momentu.

Mes manome, kad yra neleistina traukti už galvutės siekiant atlaisvinti pečių lanką. Po vaisiaus galvutės gimimo asistentas ranka spaudžia gimdos dugną, chirurgas tuo pačiu metu įveda smilių nuo nugaros pusės į priekinio peties pažasties įdubą ir atlieka traukimą kol petys pasirodys žaizdos kampe. Užpakalinį petį atlaisviname tokiu pačiu būdu. Po pečių lanko gimimo rekomenduojame, apėmus pečius arba užkišus abiejų rankų smilius į vaisiaus pažasčių įdubas, atsargiai ištraukti naujagimį, paguldyti po to tarp motinos kojų. Sėdmenų pirmėigos atvejais paskui sekančią galvutę operacijos metu atlaisviname pagal Mauriceau-Levroux-La Chanel metodiką.

Pagal šią metodiką buvo ištrauktas 71 naujagimis cezario pjūvio operacijos būdu, 61 (85,9%) iš jų buvo praktiškai sveikas (pirmoji grupė), pas 10 (14,1%), buvo nustatyti gimdymo traumų (antrą grupę) požymiai. Pažymėsime, kad cezario pjūvio operacijų, atliktų pagal plačiai taikomą įprastinę metodiką, metu neurologinės patologijos buvo konstatuotos 31,4% vaikų.

Vidutinis motinų amžius buvo 31,9 metų. Nėštumo komplikacijos pasireiškė 22 (36,06%) nėščioms moterims: 12 – ankstyvosios toksikozės forma, 5 - vėlyva toksikozė, 10 - nėštumo nutraukimo (persielidimo) grėsmė. 23 moterims ankstesni gimdymai buvo taip pat užbaigti cezario pjūvio operacija (21 gimdos pjūvis apatiniame segmente, 2 – išilginis cezario pjūvis).

Pirmąkartėmis buvo 23 (37,7%) moterys, pakartotinai gimdė 38 (62,3%) (vieną kartą - 18, du ir daugiau - 20). Tarp pakartotinai gimdžiusių 14 anksčiau buvo atlikti medicininiai abortai (10 – vienas abortas, 4 - du ir daugiau).

Indikacijomis chirurginei operacijai buvo: placentos pirmėiga ir kraujavimas (4), randas po buvusio gimdos operacijos (32), kliniškai siauras dubuo (12), priešlaikinis vaisiaus vandens nutekėjimas, labai silpna gimdymo veikla ir motinos amžius daugiau nei 35 metai (12), per anksti atsiskyrusi normaliai esanti placenta (3). Kai kuriais atvejais buvo minėtų indikacijų derinys.

Bendroji anestezija operacijos metu buvo taikoma 18 moterų, epidūrinė - 40, vietinė infiltracija - 3.

Visos cezario pjūvio operacijos buvo atliktos Gusakov'o – Defler'io modifikacijoje apatiniaame segmente; 27 moterims – 38 - 40 nėštumo savaitę prieš prasidedant gimdymo veiklai, 22 - pirmajame savalaikio gimdymo etape, 3 - bent 36 – 37 nėštumo savaitę, 9 - 42 - 43 nėštumo savaitę.

Galvine pirmėiga gimė 55 vaikai, sėdmenų - 6.

Intrauterininė vaisiaus hipoksija pasireiškė pas 10 moterų (5 – dėl placentos atsiskyrimo kilusio kraujavimo, 3 – dėl du kartus tampriai aplink vaisiaus kaklą apsivijusios virkštelės, 2 - priežastis nebuvo nustatyta).

Berniukų gimė 35, mergaičių - 26. Ištrauktų vaikų būklė pagal Apgar skalę 45 (73,8%) kūdikių buvo įvertinta 8 - 10 balų, 16 (26,2%) – 5 - 7 balais. Antrinės asfiksijos priepuolių nepasireiškė. Vaikų svoris buvo: 4 svėrė – 2200 - 2500 gramų, 52 – nuo 2900 iki 4000 g, 5 - virš 4500 g.

Pas 10 vaikų, kurie sudarė antrą grupę, mes nustatėme nugaros smegenų pažeidimo požymius. Skirtingai nei tais atvejais, kuriuos mes stebėjome ir kurių cezario pjūvio operacijos metu galvutės būdavo atlaisvinamos pagal įprastinę metodiką (2 - 2,3%), mums pavyko išvengti vaisiaus galvos smegenų pažeidimų. Motinų amžiaus antroje grupėje pasiskirstymas buvo toks: 3 moterys (30%) – 20 – 29 metų amžiaus, 6 (60%) – 30 – 35 metų, 1 (10%) - 37 metų. Vidutinis amžius - 30,9 metų. Komplikacijos nėštumo buvo pastebėtos pas 6 moteris (60%): iš jų toksikozės pirmoje (4) ir antroje (3) nėštumo pusėje, persileidimo grėsmė (2). Pirmą kartą gimė 2, pakartotinai - 8. 4 moterims ankstesnis gimdymas buvo užbaigiamas cezario pjūvio operacija. Nėštumo komplikacijos buvo nustatytos 9 (90%) gimdyvėms; pasireiškė tokios komplikacijos, kaip priešlaikinis vaisiaus vandenių nutekėjimas (4), pirminis gimdymo veiklos silpnumas (3), gimdos plyšimo dėl seno rando grėsmė (2), ankstyvas žemai išsidėsčiusios placentos dalinis atsiskyrimas (3).

Pirmajame gimdymo etape buvo išoperuotos 9 moterys 1 – dar prieš prasidedant gimdymo veiklai. Indikacijos operacijai dėl vaisiaus būklės sudarė 40% (4). Bendroji anestezija buvo taikyta 4 moterims, epidūrinė – 6. Intrauterininė vaisiaus hipoksija įvyko 4 atvejais, naujagimio hipoksija - vienu atveju. Vienai moteriai cezario pjūvio operacija atlikta 36 - 37 nėštumo savaitę, 8 - visos trukmės nėštumo pabaigoje, 1 - 43 nėštumo savaitę. Visi vaikai gimė galvine pirmėiga. Berniukų buvo 6, mergaičių - 4. 6 vaikų būklė pagal Apgar skalę buvo vertinama 8 – 9 balais, 4 – 5 - 7 balais. Antrinės asfiksijos priepuolių mes nepastebėjome. Vieno vaiko svoris buvo 2300 g, 9 vaikų - nuo 3000 iki 3900 g. Neurologinės apžiūros metu pas 9 vaikus buvo nustatyti nežymūs spinalinės patologijos simptomai miotoninio sindromo formoje (7) arba vangios kaklo paraparezės formoje (2), pas 1 - mišrios tetraparezės požymiai.

Tokiu būdu, mes pasiekėme geriausius rezultatus ištraukdami vaisių cezario pjūvio operacijos būdu pagal pateiktą metodiką. Taip, nugaros smegenų traumų dažnis sumažėjo nuo 29% iki 14,08%, ir, pažymėtina, pas tuos vaikus pasireiškė tik lengvi spinalinio natalinio nepakankamumo simptomai. Sunki neurologinė simptomatika pasireiškė pas vieną vaiką, ištrauktą cezario pjūvio operacijos būdu, kuri buvo atlikta dėl priešlaikinio žemai išsidėsčiusios placentos atsiskyrimo ir dėl to kilusios ūmios intrauterininės vaisiaus hipoksijos. Dažniau traumuojami buvo vaikai, kurių nėštumo tėkmė patyrė komplikacijas (persileidimo grėsmė, anemija, gripas), tai yra, tie naujagimiai, kurie turėjo nepalankų antenatalinį foną. Traumoms kilti palankias sąlygas, žinoma, sudarė ir nėštumo bei gimdymo komplikacijos, kurios ir tapo skubaus operatyvinio įsikišimo į gimdymo procesą indikacijomis.

Tokiu būdu, siūlomos vaisiaus ištraukimo metodikos taikymas atliekant cezario pjūvio operaciją davė teigiamus nugaros smegenų gimdymo traumų profilaktikai, ir tai leidžia rekomenduoti šią metodiką taikyti akušerijos praktikoje.

GAUTŲ REZULTATŲ PALYGINIMAS

...[sibraudami į fiziologinę gimdymo akto
tėkmę, nebandykite pakeisti akušerijos
gryna chirurgija

V.J. Ilkevič, 1956 m.

Pateiktų duomenų analizė rodo, kad galvinės pirmegos atvejais nugaros smegenų gimdymo traumų dažnį nulemia keletas veiksnių. Taip, kuo vyresnio amžiaus yra gimdyvė, tuo aukštesnė yra traumos tikimybė, ir dažniau traumas patiria pirmą kartą gimdančių vyresnių nei 35 metų amžiaus moterų kūdikiai. Taip yra dėl to, kad akušerė yra priversta dėl labiau rigidiškos tarpvietės maksimaliai prilenkti vaisiaus galvutę, tokiu būdu siekdama apsaugoti tarpvietę nuo plyšimų. Tokioms gimdyvėms dažniau kyla sunkumų pečių lanko gimimo metu, dėl ko akušerė atlaisvina pečių juostą traukdama už galvos. Dažniau yra traumuojami kūdikiai, gimę pirmuoju gimdymu (36% atvejų), ir tai taip pat galima būtų paaiškinti pernelyg dideliu akušerių noru apsaugoti pirmakartę nuo tarpvietės plyšimų.

Gimdymo traumų dažnis labai išauga pas neišnešiotus vaikus (iki 48,2%). Palankias sąlygas traumoms kilti sukuria tokie veiksniai, kaip vaisiaus širdies ir kraujagyslių sistemos nebrandumas, ypatingas indų trapumas, nepakankamas kaukolės kaulų tankis, plačios tarpkaulinės siūlės ir momenėliai. Neišnešioti, nesubrendusio vaisiaus audiniai, ypač galvos smegenų ir stuburo smegenų kraujagyslių sistema yra labai neatsparios mechaninės jėgos poveikiui net vaisiui gimstant be jokių intervencijų, sužalojimo rizika išauga dar labiau teikiant tokias intensyvias traumatiškas akušerines pagalba kaip tarpvietės apsaugai, vaisiaus traukimas suėmus už galvos ir pečių lanko.

Stambūs kūdikiai traumatinio pobūdžio nugaros smegenų, ypatingai nugaros kaklo srities sustorėjimo ir slankstelių arterijų, sužalojimus patiria du kartus dažniau nei vaikai, kurių svoris 2900 – 3800 g. Šiuos duomenis literatūroje patvirtina kiti autoriai (A. Slepach, 1978 m., ir kt.), ir jie paaiškina dažnai kylančias galvos-dubens disproporcijas ir didelius sunkumus atlaisvinant pečių juostą.

Ypač išauga traumų dažnis (iki 50,1%) pernešiotų didelių vaikų gimdymo atvejais, ir tai yra, matomai, dėl traumoms kilti faktorių - lėtinės hipoksijos ir dėl sumažėjusio galvutės gebėjimo keisti formą, deformuotis - buvimas.

Kai kurios nėštumo komplikacijos (pvz., gripas, persileidimo grėsmė), mūsų duomenimis taip pat turi įtakos vaisiaus gimdymo traumų atsiradimui ir jų dažnį padidina iki 41%. Svarbią vietą priežasčių, kurios prisideda prie nugaros smegenų sužalojimo, struktūroje, užima gimdymo komplikacijos: greiti, labai greiti ir užsitęsę gimdymai, ypatingai pernelyg ilga antrojo gimdymo periodo trukmė, bevandenis laikotarpis ilgesnis nei 12 valandų, komplikacijos, sukeliančios vaisiaus hipoksiją (ankstyvas placentos atsiskyrimas, nėščiąjų nefropatija, anemija).

Ypatingą vietą galvos ir nugaros smegenų intranatalinių sužalojimų genezėje užima vaisiaus hipoksija. L.S. Persijaninov'o (1976), A. Keilin'o (1978) nuomone, hipoksija yra pagrindinė naujagimių neurologinės patologijos išsivystymo priežastis.

Mūsų duomenys neleidžia apibrėžti aiškos priklausomybės tarp vaisiaus hipoksijos dažnio ir natalinių nugaros smegenų traumų. Taip, sveikų vaisių ir vaisių, patyrusių ūmią ar lėtinę intrauterinę hipoksiją, gimdymo traumų dažnis praktiškai vienareikšmiškai ir yra lygūs atitinkamai 33,2% ir 36,4%. Vaisiaus hipoksija, mūsų nuomone, gali būti traumai palankus veiksnys dėl mikrocirkuliacijos sutrikimų ir kraujagyslių pralaidumo pažeidimų.

Mūsų stebėjimai parodė, kad operacinis vulvos žiedo praplėtimas (epizio- arba perineotomija), praplėsdamas gimdymo takų ir dubens dugno minkštuosius audinius, padeda sumažinti ne tik galvos, bet ir nugaros smegenų intranatalinių pažeidimų dažnį.

Tokiu būdu, pas 46 moteris, kurioms buvo atliktos epizio- arba perineotomijos, gimusių vaikų nugaros smegenų traumos pasireiškė tik 21,7% iš jų, o tuo pačiu metu analogiškam kontingentui gimdyvių, kurios gimdė be operacijos, neurologinės patologijos buvo nustatytos 37% vaikų.

Jeigu tarpvietė yra aukšta, rigidiška ar patinusi, neretai galvutė, sutikusi pernelyg didelį pasipriešinimą, pati įveikia kliūtį suplėšydama minkštuosius tarpvietės audinius, ir tokiu būdu sukurdamą palankesnes sąlygas pečių lanko ir apatinės liemens dalies gimimui. Toks gimimas yra mažiau palankus motinai (dėl gimdymo takų minkštųjų audinių traumų), tačiau jis yra palankesnis vaisiui, kurio traumavimo tikimybė šiuo atveju sumažėja. Taip, 49 moterims, patyrusioms tarpvietės I - II laipsnio plyšimus, gimusių vaisių nugaros smegenų traumos buvo nustatytos 26,5% vaikų, o identiškam skaičiui gimdyvių su išsaugota tarpviete vaikų traumatizmas siekė 37%.

Mažiausia tikimybė patirti natalines nugaros smegenų traumas, mūsų duomenimis, yra vaikams, sveriantiems 2900 - 3700 g, gimstantiems pakaušio pirmeiga pakartotinai savalaikiai gimdančioms 19 - 30 metų amžiaus moterims.

Tačiau naujagimių natalinių nugaros smegenų daugumos pažeidimų negalima paaiškinti nei gimdyvės amžiumi, nei prieš tai buvusių gimdymų skaičiumi, nei antenatalinių (nėštumo komplikacijos) ar intranatalinių (gimdymo komplikacijos, vaisiaus hipoksijos) žalingų veiksnių poveikiu. Mūsų vaikų patirtas mechanines gimimo traumas su jų pasikartojančia lokalizacija, išeminiais ir hemoraginiais nugaros smegenų pažeidimais, kuriuos patvirtino morfologiniai tyrimai, išnirimus ir stuburo kaulų lūžius galima paaiškinti tik aktyvia akušerės intervencija naudojant brutalią jėgą fiziologinio gimdymo procese.

Aiškiai yra matomas ryšys tarp atskirų akušerio manipuliacijų ir nugaros smegenų pažeidimų sunkumo, ypač pažeidimo lygmens. Taip, pernelyg intensyvi tarpvietės apsauga abiem rankomis sukėlė spinalinio nepakankamumo išsivystymą pas 101 vaiką iš 308. Dažniausiai, kaip ir buvo galima tikėtis, į patologinio procesą būdavo įtraukiami nugaros smegenų kaklo lygmuo, stuburas ir slankstelinės arterijos. Pas šiuos vaikus pakartotinio neurologinio patikrinimo metu mes nustatydavome nežymius piramidinio nepakankamumo ir retikuliarinės formacijos išemijos požymius, pasireiškusius nežymios miotonijos forma. Sunkiausias neurologines patologijas sukėlė traukimas suėmus už galvutės, siekiant atlaisvinti pečių lanką. Tokio pobūdžio pagalba buvo suteikta gimdant 196 vaikus, pas 79 iš jų vėlesnio neurologinio tyrimo metu buvo nustatyti nugaros smegenų nepakankamumo požymiai.

Kaip taisyklė, pažeidimo lygį nulemia fizinės jėgos panaudojimo metodas. Dažniau būdavo traumuojamas stuburas ir nugaros smegenys kaklo lygmenyje. Galiausiai, sunkiausius stuburo kaklo lygmens sužalojimus su dislokacijomis, kaklo slankstelių panirimais ir to pasekoje išsivysčiusiais akušeriniu paralyžiumi, tetraparezėmis, miotoniniu sindromu mes nustatėme pas vaikus, kurių gimdymo metu akušerė neteisingai atliko išorinį galvos pasukimą priešinga kryptimi, o po to traukė siekdama atlaisvinti pečių lanką. Tokios grubios klaidingos akušerinės manipuliacijos panaudojimas buvo užfiksuotas 16 atvejų, beveik pas visus vaikus buvo nustatyti vienoki ar kitokie aukščiau išvardintų susirgimų požymiai. Dėl Petčenkos metodo panaudojimo iki vaisiaus galvutės gimimo pas 98 vaikus padidėjo naujagimių neurologinių patologijų dažnis beveik 10%, pažymėtina, kad traumų dažnio padidėjimą nulėmė nugaros smegenų kaklo srities sužalojimai.

Lyginant vaikų, gimusių pagal įprastinę gimdymo priėmimo metodiką, sveikatos rodiklius su vaikų, gimusių taikant metodiką, kurią parengė autorius ir kurią taikant eliminuojamos visos aukščiau išvardintos traumuojančios akušerinės pagalbos, mes pasiekėme žymiai geresnius rezultatus (žr. 3 lent.).

Lentelė Nr. 3

Lyginamoji gimdymų pagal pakeistą ir pagal įprastinę metodikas
rezultatų suvestinė

	Gimė vaikų	Ankstyvas neonatalinis mirtingumas (%)	Pažeidimų požymiai	
			Galvos smegenų (%)	Nugaros smegenų (%)
Viso vaikų	500	0,8	1,6	16,2
Iš jų gimė:	(500)	(2,2)	(3,0)	(32,0)
galvine pirmėiga	367	0,54	1,63	15,8
	(338)	(1,80)	(2,07)	31,0
sėdmenų pirmėiga	62	3,23	3,2	20,97
	(76)	(3,95)	(7,9)	(38,10)
Cezario pjūvio operacijos būdu	71	0	0	14,08
	(86)	(2,3)	(2,3)	(29,0)

Pastaba: skliausteliuose duomenys – vaikų, gimusių pagal įprastinę plačiai taikomą gimdymo priėmimo metodiką, skaičius.

Vaikų, gimusių galvine pirmėiga, ankstyvas neonatalinis mirtingumas sumažėjo nuo 1,8 % iki 0,54% ($P < 0.05$). Galvos smegenų traumų sumažėjo nuo 2,07% iki 1,63% ($P < 0,02$), du kartus sumažėjo nugaros smegenų traumų skaičius (nuo 31,0% iki 15,8% - $P < 0,01$).

Analizuodami vaikų, gimusių sėdmenų pirmėiga pagal mūsų parengtą metodiką, apžiūrų duomenų rezultatus ir lygindami juos su tokiais pat rezultatais vaikų, kurių gimdymo priėmimas antrajame etape vyko pagal standartinę įprastinę metodiką, mes nustatėme, kad viena iš pagrindinių vaisiaus nugaros smegenų traumų priežasčių yra paskui einančios galvutės atlaisvinimas pagal taip vadinamą „Covjanovo metodą“. Taip iš 39 gimusių vaikų 74,3% iš jų ši akušerinė pagalba sukėlė nugaros smegenų nepakankamumo išsivystymą. Sužalojimo lygmuo sutapo su traumatinio poveikio lygiu ir lokalizavosi kaklo slankstelių lygmenyje. Pas tokius vaikus dažniausiai pasireiškė miotonijos sindromo požymiai (17), rečiau - akušerinio paralyžiaus simptomai (7) ir vangios viršutinės bei spazminės apatinės pararezės (5) požymiai.

Tuo pačiu metu galvutės atlaisvinimas Mauriceau-Levroux-La Chapelle metodu sukėlė spinalinio cervikalinio nepakankamumo išsivystymą tik 8 (17,0%) iš 47 vaikų, o Veito-Smellie metodu - 11 (25,0%) iš 44 vaikų, kas mus paskatino toliau pirmenybę teikti pastariesiems dviem metodams. Vaisiaus gimimo sėdmenų pirmėiga antrojo gimdymo etapo priėmimas pagal Covjanovo metodiką sukėlė galvos smegenų pažeidimų simptomų išsivystymą 11 (64,7%) iš 17 vaikų, kaklo srities pažeidimo klinika miotonijos sindromo forma išsivystė 6 naujagimiams, kaklo vangios pararezės forma - 5.

Galimybės sumažinti vaikų, gimstančių sėdmenų pirmėiga, gimdymo traumų tikimybę yra šios – indikacijų cezario pjūvio operacijai sąrašo išplėtimas, tolesnis antrojo gimdymo periodo priėmimo metodų tobulinimas, griežtai konservatyvus rankinės pagalbos pagal Covjanovo metodą teikimas, paskui sekančios galvutės atlaisvinimo Prahos būdu uždraudimas, pašalinimas iš akušerinės praktikos vaisiaus, gimstančio sėdmenų pirmėiga, priėmimą antrojo gimdymo periodo metu pagal Covjanovo metodą. Tokias išvadas mes padarėme lygindami vaikų, gimusių sėdmenų pirmėiga, kurių gimimas buvo priimtas pagal įprastinę metodiką, neurologinių tyrimų rezultatus, su neurologine būkle vaikų, kurių gimimas vyko pagal autoriaus parengtą metodiką. Taip ankstyvasis vaikų mirtingumas gimdymo metu taikant mūsų parengtą metodiką sumažėjo nežymiai - nuo 3,95% iki 3,23%, galvos smegenų traumos - nuo 7,9% iki 3,2%, nugaros smegenų - nuo 38,1 iki 20,97%.

Vaikų, pagimdytų cezario pjūvio operacijos būdu pagal įprastinę standartinę metodiką, būsenos analizė rodo, kad traumų dažnis nepriklauso nuo motinų amžiaus, anksčiau buvusių nėštumų ir gimdymų skaičiaus. Natalinių traumų rizika padidėja neišnešiotiems ir pernešiotiems vaikams.

Komplikacijos gimdymo metu, gimdyvių sunkių būsenų, tapusių CPO indikacijomis, dažnio padidėjimas, įneša savo tam tikrą indėlį į vaikų traumatizmo lygį, tačiau negali visiškai paaiškinti gimdymo traumų mechanizmo naujagimių, gimusių planinės CPO būdu, atliktos savalaikio nėštumo pabaigoje. Atliktų tyrimų gautų duomenų pagrindu mes manome, kad žalą vaisiui gali sukelti nepakankamas gimdos pjūvio ilgis, pečių lanko atlaisvinimas traukiant suėmus už vaisiaus galvos, apatinės vaisiaus liemens dalies ištraukimas suėmus už pečių lanko. Eliminavę šiuos vaisių traumuojančius faktorius, mes priėmėme 71 vaiko gimdymus cezario pjūvio operacijos pagal mūsų parengtą metodiką būdu ir gauti rezultatai mus nuteikė optimistiškai. Mums pavyko išvengti naujagimių ankstyvojo mirtingumo ir galvos smegenų gimdymo traumų. Nugaros smegenų sužalojimų sumažėjo nuo 29,0% iki 14,08%.

Cezario pjūvio operacijos metu kylančių nugaros smegenų traumų mechaninio poveikio prigimtį rodo ir šie pastebėjimai.

Nugaros smegenų, stuburo ir slankstelių arterijų gimdymo metu patirtų sužalojimų dažnis pas naujagimius, gimusius galvine pirmėiga, ir pas vaikus, gimusius CPO būdu, buvo apytikriai vienodas ir sudarė atitinkamai 31,0% ir 29,0%. Pažymėsime naujagimių, gimusių savarankiško gimdymo būdu, traumatizmą ženklu ΣA , o gimusių cezario pjūvio operacijos būdu ženklu ΣB . Tačiau, kadangi traumavimo procentas yra beveik lygus, tai ir $\Sigma A = \Sigma B$.

Savarankiško gimdymo (ΣA) metu kūdikius traumuoja, mūsų nuomone ši faktorių suma:

- 1) vaisiaus judėjimas kauliniu gimdymo taku (pažymėsime šią sumą ženklu ΣA_1);
- 2) akušerės rankinė pagalba, teikiama vaisiui gimimo momentu (maksimalus galvutės prilenkimas tarpvietės link, galvutės atlenkimas pakaušiu įsčių link, traukimas suėmus už atlaisvinant pečius, traukimas už pečių juostos atlaisvinant apatinę liemens dalį). Šią traumuojančių veiksnių sumą pažymėkime simboliu ΣA_2 . Tokiu būdu, $\Sigma = \Sigma A_1 + \Sigma A_2$.

Mes galvojame, kad gimimo cezario pjūvio operacijos metu vaisiui poveikį daro tie veiksniai, kaip ir jo savarankiško gimimo metu patiriami veiksniai, kitaip tariant, $\Sigma A_2 = \Sigma B_1$.

Atsižvelgiant į visą, kas išdėstyta, lygybėje $\Sigma A = \Sigma B$. Įrašę reikšmes ΣA ir ΣB (žr. aukščiau), gauname tokią lygybę: $\Sigma A_1 + \Sigma A_2 = \Sigma B_1$, tačiau, kadangi mes manome, kad $\Sigma A_2 = \Sigma B_1$, tada $\Sigma A_1 + \Sigma A_2 = \Sigma B_1$ arba $\Sigma A_1 = 0$, arba yra lygu labai mažam dydžiui (mūsų atveju yra lygu 2%).

Tokiu būdu, remdamiesi pateiktu lygybės sprendimu, mes manome, kad išnešioti vaisiaus, sveriančio 3400 ± 500 g, nugaros smegenys nepatiria traumuojančio poveikio judėjimo kauliniu gimdymo taku metu iki to momento, kol akušerė suteikia pagalbą. Tai dar kartą įrodo, kad vaisiaus nugaros smegenų traumas gimdymo metu sukelia tokios akušerės pagalbos, kaip pernelyg intensyvi tarpvietės apsauga, traukimas suėmus už galvutės ar pečių lanko ir chirurgo veiksmai, ištraukiant vaisių cezario pjūvio operacijos metu (traukimas suėmus už pirmėigės vaisiaus dalies, traukimas suėmus už pečių lanko apatinės liemens dalies atlaisvinimo metu).

Deja, mes negalime spręsti apie kiekvienos akušerinės pagalbos daromą trauminį poveikį vaisiaus nervų sistemai, kadangi didžiosios vaikų dalies gimdymo priėmimo pagal standartinę metodiką metu paeiliui buvo teikiamos visos arsenalas akušerinės pagalbos priemonių – tarpvietės apsauga, galvutės atlenkimas pakaušine puse gaktos link, pečių lanko traukimas suėmus už galvutės ir traukimas suėmus už pečių atlaisvinant apatinę vaisiaus liemens dalį. Tačiau nekelia jokių abejonių faktas, kad vaisiaus kaklo srities pažeidimus, kurie vėliau išsivysto į miotonijos sindromą, akušerinį paralyžių mišrios tetraparezės formomis, sukelia arba gali sukelti šios akušerinės pagalbos: pernelyg intensyvi tarpvietės apsauga abiem rankomis, galvutės atlenkimas pakaušine puse gaktos link, klaidingas galvutės pasukimas jėga į priešingą vaisiaus padėčiai pusę, traukimas suėmus už vaisiaus galvutės ir pečių lanko siekiant atlaisvinti žemiau esančias jo kūno dalis,

Petčenko's metodo panaudojimas prieš vaisiaus galvutės gimimą – galvinės pirmėigos atvejais; paskui einančios galvutės ekstrakcija taikant taip vadinamą Covjanovo metodą – tikrosios sėdmenų pirmėigos atvejais; vaisiaus išėmimas iš gimdos suėmus už galvutės – cezario pjūvio operacijų atvejais.

Vaisiaus nugaros juosmeninio sustorėjimo smegenų pažeidimus ir to pasekoje apatinės spazminės arba vangios paraparezės simptomų išsivystymą gali sukelti traukiamojo pobūdžio akušerinės pagalbos, traumuojančios stuburo juosmeninę dalį – vaisiaus traukimas suėmus už pečių juostos galvinės pirmėigos atvejais; traukijos suėmus už sėdmenų, kojų pirmėigos atvejais gimdymo priėmimas pagal Covjanovo metodiką antruoju gimdymo periodu ir vaisiaus ištraukimas suėmus už pečių lanko cezario pjūvio operacijos metu.

Apriboję poveikį arba pašalinę iš gimdymo proceso minėtus mechaninius, traumuojančius vaisių veiksnius, mes priėmėme 500 gimdymų ir gavome žymiai geresnius rezultatus. Trauminių nugaros smegenų pažeidimų dažnis sumažėjo beveik dvigubai ir sudarė 16,2%, ypač pastebimai sumažėjo sunkių neurologinių pažeidimų dažnis - nuo 8,3% iki 2,8%, ankstyvasis naujagimių mirtingumas sumažėjo nuo 2,2% iki 0,8% , Ypač reikšmingų pokyčių mažinant naujagimių neurologines patologijas mes pasiekėme gimdymuose galvine pirmėiga ir cezario pjūvio operacijų būdu.

Taip, galvinės pirmėigos atvejais nugaros smegenų traumų dažnis sumažėjo nuo 31% iki 15,8%, esant $P < 0,01$, o cezario pjūvio operacijų atvejais - nuo 29,0% iki 14,08%, esant $P < 0,01$. Mažiau paguodė mūsų gauti rezultatai sėdmenų pirmėigos atvejais. Šiuo atveju nugaros smegenų gimdymo traumų dažnį mums pavyko sumažinti tik nuo 36,1% iki 20,97% ($P < 0,02$). Šis faktas dar kartą patvirtina daugelio akušerių nuomonę, kad gimdymus sėdmenų pirmėiga reikia tyrinėti patologinės akušerijos kompetencijoje, kadangi vaikų traumatizmas šiais pirmėigos atvejais yra vis dar didelis. Vienintelis būdas iš esmės sumažinti vaisiaus sergamumą - išplėsti indikacijų cezario pjūvio operacijai esant sėdmenų pirmėigai sąrašą.

Tokiu būdu, aukščiau aprašytos gimdymo priėmimo ir vaisiaus ištraukimo metodikos cezario pjūvio operacijos būdu įdiegimas akušerijos praktikoje įneša tam tikras korekcijas į šiuolaikinių gimdymo principų suvokimą. Mes žinome, kad tolimesni tyrimai šia kryptimi gali duoti žymiai geresnius rezultatus ir gerokai sumažinti kol kas vis dar gana didelį galvos ir nugaros smegenų gimdymo traumų skaičių.

B A I G I A M A S I S Ž O D I S

Yra beprotybė spręsti, kas yra teisinga ir kas yra klaidinga, tik savo asmeninių žinių pagrindu
M. Montenis, 1574 m.

Tai būtų nereikalingas išpuikimas teigti, kad siūloma metodika yra vienintelė teisinga ir ją reikėtų įgyvendinti. Siūlomas kelias - tik vienas iš daugelio būdų, kaip mažinti vaikų sergamumą ir mirtingumą. Kiekvienas akušerė ar gydytojas turi savo mėgstamus akušerinės pagalbos metodus ir būdus – svarbu, kad šios manipuliacijos neturi pakenkti vaisiui ar motinai. „Pagrindinis akušerio uždavinys - sveiko kūdikio gimimas" - štai tas šūkis, kuriuo turėtų vadovautis akušeris kurdamas netraumuojančius metodus.

Bet kuris siūlomas metodas yra vertinamas, galų gale, pagal pasiektus rezultatus. Autorius atliko 1000 gimdymų priėmimą pagal šią modifikuotą metodiką - perinatalinis mirtingumas sumažėjo nuo 18,3% iki 8,0% - jau vien šis rezultatas mums leidžia tikėti pasirinkto kelio teisingumu.

Tolesnis intranatalinės vaisiaus apsaugos priemonių komplekso tobulinimas, kurį toliau vystys kiti tyrėjai, gali paskatinti dar didesnę vaikų traumatizmo sumažėjimą.

Siūloma metodika nėra panacėja nuo visų nelaimių, nėra nauja tabletė ar naujas instrumentas, kurią panaudojus galima būtų akimirksniu sumažinti gimdymo traumatizmą. Tai

naujas mąstymo būdas, kitokio požiūrio, kaip privalo elgtis akušeris, formavimas, akušerio vaidmens ir vietos natūraliame gimdymo procese suvokimas.

Yra visiškai nepakankama vien tik supažindinti gydytoją arba akušerę su rekomendacijomis gimdymui priimti. Autoriui savo akimis teko stebėti, kaip akušerė, susipažinusi su siūloma metodika, tačiau taip ir netapusi jos šalininke, gimdymo metu tik gydytojo akivaizdoje laikosi laukimo, kol gimdymas baigsis natūraliai, taktikos. Kitais panašiais atvejais, pasinaudojusi gydytojo nebuvimu, ji taikė tuos pačius įprastinius traumuojančius metodus, kurių ji buvo mokoma medicinos ar akušerijos mokykloje. Būtinasis vidinis, pirmiausia gydytojo akušerio, įsitikinimas, kad tausojantis gimdymas yra prioritetinis. Tik tada mes galime tikėtis gerų rezultatų. Nemotyvuotas daugybės akušerijos metodų taikymas ir nepagrįstas kišimasis į natūralų gimdymo procesą yra žalingas.

Gali susidaryti klaidingas įspūdis, kad autorius rekomenduoja apskritai nesikišti į gimdymo procesą ir leisti jam vykti be jokios priežiūros ar kontrolės. Žinoma, ne. Mūsų gyvenime, mūsų darbe egzistuoja dvi tobulos būsenos: didžiojo paprastumo būsena, kai mus supantys procesai vyksta be mūsų pastangų, savaime, tokiu būdu, kaip juos sukūrė pati gamta. Ir aukščiausio pažinimo, giliausių žinių pagrindu sukurta būsena, kai tas pats procesų tobulas paprastumas įvyksta mūsų pastangų dėka, dėka tos organizacijos, kurią mes esame pajėgūs sau sukurti, tų žinių, kurias mes įgijome, pagrindu.

Yra psichologiškai daug sunkiau netrukdyti gimdymo procesui, atlikti tik vizualinės kontrolės vaidmenį, nei priimti gimdymą pagal tradicinę seną schemą. Negalima nesutikti, kad "suvokti gimdymo priėmimo be jokio įsikišimo išmintį – yra pats sunkiausias dalykas mūsų ir šiaip nelengvoje profesijoje" (A. Kolosov'as, 1922).

Mes esame toli nuo minties, kad visas naujagimių neurologines nelaimes galima būtų paaiškinti tik banalios akušerinės traumos mechaniniu poveikiu. Antenatalinių nervų sistemos pažeidimų priežasčių tarpe neginčijamai didelę dalį sudaro vaisiaus hipoksija, extragenitalinės patologijos, nėštumo komplikacijos. Intranatalinius pažeidimus vaisius gali patirti ir be akušerės ar gydytojo akušerio įtakos, tai yra, judėdamas kauliniu gimdymo taku.

Intrakranijinis kraujavimas gali kilti dėl pernelyg didelio galvutės deformavimo arba dėl tiesiog dėl gimdymo sąrėmių poveikio vaisiaus kaukolei. V.V. Abramčenko (1991) mano, kad spaudimas vaisiaus galvutei sąrėmių metu vidutiniškai yra 5 - 10 kg ir antrajame gimdymo periode padidėja, kas, žinoma, gali būti galvos ir nugaros smegenų struktūrų traumų priežastimi. N. Kurrek'o (1985) nuomone, nei vienas gimdymas nepraeina be vienokio ar kitokio dydžio kaukolės-galvos smegenų traumų, kurios pasireiškia daugkartinėmis kaukolės veido, viršugalvio, kaukolės pagrindo ir kaukolės-kaklo srities kaulų deformacijomis ir iš to kylančiais kraujotakos makro- ir mikrocirkuliacijos sutrikimais.

Jei galvos bei nugaros smegenų pažeidimai net ir normaliai praėjusių gimdymų metu yra neginčijamai įrodyti, tai, akivaizdu, kad bet kokie intensyvūs įprastiniai akušerio veiksmai (pernelyg intensyvi tarpvietės apsauga, vaisiaus traukimas suėmus už galvutės ir pan.) gali sukelti papildomą traumą vaisiui. Todėl protingiau būtų atsakyti tokių dirbtinių ir nenatūralių rankinės pagalbos priemonių.

Negalima taip pat pulti ir į kitą kraštutinumą – iš akušerinės traumos problemos buvimo neigimo pozicijų aiškinti visą naujagimių neurologijos kilmę išimtinai kaip akušerės ar gydytojo kūdikio gimdymo metu atliktų grubių veiksmų pasekmę. Tik turėdami tikslus diagnostikos duomenis, kuriuos patvirtina kiti papildomi tyrimo metodai, palyginę juos su antrojo gimdymo periodo ypatybėmis, mes turime pagrindo kalbėti apie gimdymo traumą pas konkretų vaiką tik tuo tikslu, kad kuo greičiau pradėti reabilitacijos terapiją.

Mes puikiai suprantame, kad siūloma metodika, kurios tikslas yra sumažinti vaisiaus ir naujagimio akušerinių traumų dažnį, yra tik pirmas žingsnis šia kryptimi.

Tačiau šių rekomendacijų įgyvendinimas Tatarstano respublikos gimdymo namų praktikoje pagal programą "Sveikata" praktiškai jau pirmajame etape davė teigiamus pokyčius. Taip, tarp

kūdikų mirtingumo priežasčių gimdymo traumų santykinis dydis sumažėjo beveik 10% kaimo vietovėse ir 4,9% respublikoje. Yra stebima stabili sunkių vaisiaus gimdymo traumų dažnio mažėjimo tendencija nuo 3,8% (1986 m.) iki 2,1% (1990 m.), kuri skatina autorių su tam tikru optimizmu tęsti pradėtus tyrimus.

Esame įsitikinę, kad jau pradinuose siūlomos metodikos įgyvendinimo etapuose galima pasiekti esminio perinatalinio sergamumo ir mirtingumo sumažinimo racionalaus nesikišimo į natūralų gimdymo procesą būdu.

Ši monografija nėra paties autoriaus minčių rezultatas - jos netobulos ir toli gražu nėra idealios. Buvusių ir dabar esančių meistrų patirtis - tai išminties šaltinis, iš kurio autorius sėmėsi savo kuklias žinias.

Čia išsakyti patarimai ir išvados yra priimtini tik tiek, kiek jie atrodo įtikinamai ir patikimai skaitytojui. Autorius supranta savo teiginių silpnumą, bet nebijo juos skelbti – tai yra jo šiandieninis veidas. Rytoj jis gali būti kitoks, "jei aš sužinosiu kažką naujo, kas gali mane pakeisti."

Nežiūrint į viską: «Cum relego, scripsisse pudet, Quia Plurima Cerno, mane quoque, qui feci, iudice, Digna Lini»

LITERATŪRA

1. Амбодик Н. М. Искусство повивания или наука о бабичьем деле. СПб., 1784.
2. Бумм Е. Руководство к изучению акушерства. СПб, 1908
3. Гентер Г. Г. Учебник акушерства. Л., 1938.
4. Груздев В. С. Курс акушерства и женских болезней. Берлин, 1922.
5. Демидов Е. Ю. // Казанский мед. журнал. 1975, № 5, С. 4.
6. Михайлов М. К. Нейрорентгенология детского возраста. Казань, 1986.
7. Паленова Н. Г. Развитие спинального отдела дыхательного центра и влияние на него вредных факторов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— М., 1963.
8. Персанинов Л. С. Оперативная гинекология. М. 1971.
9. Ратнер А. Ю. Родовые повреждения спинного мозга у детей. Казань, 1978.
10. Ратнер А. Ю. Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы. Казань, 1990.
11. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство. М., 1989.
12. Фрайман С. А. Роды без ручного пособия при рождении предлежащей головки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.— М., 1956.
13. Цовьянов П. А. Течение и ведение родов при ягодичном предлежании // Журн. акушерства и женских болезней. 1929. № 3. С. 15—23.
14. Anderson A. B. M. // Obstet. Gynec. Brit. S. 1968. 75. № 8. P. 800—811.

15. Coutell G. // Wiss. Z. Humboldt — Universitat. Berlin. 1968. 17. №. 4. S. 548—559.
16. Doderlein A. Leitfaden für den geburtshilflichen. Operationskurs. München. Bergmann. Leipzig. 1909. S. 532.
17. Jates P. // Arch. dis. Child. 1959. 34. № 177. P. 436—441.
18. Kustner H. // Leitschriftf. Geburtshilfe. und Gyn. 1923. 85. S. 567—578.
19. Mauriceau F. Traite des maladies des gemmes grosses. V. 1 — 12. Paris, 1721.
20. Olshausen R. // Berlin Klin. Wochenschr. 1895. V. 6. S. 87—93.
21. Stoeckel W. Lehrbuch der Geburtshilfe. Berlin. 1930.
22. Stollzenberg F. // Berl. Klin. Wschr. 1911. 48 S. 1741 — 1748.
23. Towbin A. // Amer. J. Clin. Pathol. 1968. 49. P. 562.

Turinys

1. Pratarinė	8
2. Istorinė apžvalga	11
3. Gimdymo eiga ir vaikų traumatizmas galvinės pirmeigos atvejais	15
4. Prognozė naujagimiams, gimusiems sėdmenų pirmeiga	26
5. Vaikų, gimusių cezario pjūvio operacijos būdu, būklė	34
6. Vakuuminė ekstrakcija ir akušerinės replės. Kas geriau?	40
7. Neurologija akušeriams	45
8. Netikėti gimdymų namuose rezultatai	52
9. Eksperimentinis gimdymo traumos modelis	54
10. Vaisiaus, gimusio galvine pirmeiga, traumų profilaktikos būdai	56
11. Gimdyvės poza	57
12. Tarpvietės apsauga	60
13. Vaikų, gimusių sėdmenų pirmeiga, sergamumo ir mirtingumo sumažinimas	64
14. Vaisiaus, gimusio Cezario pjūvio operacijos būdu, traumatizmo sumažinimo rezervai	68
15. Gautų rezultatų palyginimas	71
16. Baigiamasis žodis	75
Literatūra	77

Albir'as Almazovič'ius Chasanov'as

NAUJAGIMIŲ GIMDYMO TRAUMATIZMO
PROBLEMA AKUŠERIJOJE

Redaktorius J.I. Solovjov'as

Viršelio dizainas I.K. Stojev'as

Techninis redaktorius L.I. Blaškova

Korektorius A.M. Naumova

IB Nr. 1942

Perduota rinkti spausdinimui 1992-05-26. Pasirašyta spaudai 1992-10-13. Formatas
84X108 1/32. Popierius laikraštinis. Aukštoji spauda, sąlyginis spaudos lapas 6,72, santykinis spaudinio l. 6,92.
Mok.-leid. L. 7,0 . Tiražas 2000 egz. Užsakymas Č-180

Kazanės universiteto leidykla
420008, Kazanė, Lenino g. 18.

Tatarstano respublikos Spaudos ir informacijos ministerijos
K.Jakub'o vardo gamybinis poligrafijos susivienijimas.
420111 Baumano g. 19, Kazanė