

Կ. Գ. ՂԱԽԱՅԱՆ

ԱՍՖԻՔՍԻԱՆԵՐԸ ԻՎ ՄԵՆԻԱՐԵՐԱԿԱՆ ՏՐԱՎՄԱՆԵՐԸ ԽՈՇՈՐ
ՊՏՈՒՂՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. մ.

Ասֆիքսիաները, ինչպես հայտնի է, ինքնուրույն պաթոլոգիաներ չեն, նրանք մանկարարձական այս կամ այն պաթոլոգիաների հետևանք են: Մենդաբերական ակտը որոշ գեպքերում ներգանգային տրավմաների և ասֆիքսիաների առաջացման պատճառ է դառնում: Վերջիններս իրենց բնույթով միմյանց այնքան են նման, որ կլինիկոսին չեն տարբերվում: Ասֆիքսիան մի գեպքում ներդանդային տրավմայի պատճառ է, մի այլ դեպքում՝ նրա հետևանք: «Ասֆիքսիա» հոտերեն բառ է, որ նշանակում է «պուշի բացակայում», իրականում տեղի է ունենում պտղի ուղեղի արյան շրջանառության խանգարում: Պրակտիկայում ասֆիքսիան պետք է հասկանալ մի այնպիսի վիճակ, երբ պտղի մոտ, ծնվելուց հետո, սրտի զործունեությունը կա, սակայն շնչառությունը բացակայում է, կամ ծայրահեղ մակերեսային է և անբավարար: Ասֆիքսիայի պատճառները բազմապիսի են: Ասֆիքսիաները լինում են սարքեր տեսակի.

I. ա) առաջնային կամ ի ծնե, բ) երկրորդային կամ ձեռքբերովի:

II. ա) սպիրտակ ասֆիքսիա, բ) կապույտ ասֆիքսիա:

III. Անօրսեմիաներ կամ հիպօքսիաներ.

ա) կանգային անօրսեմիա, բ) անհմիկ անօրսեմիա, գ) անօրսեմիկ անօրսեմիա, դ) հյուսվածքային անօրսեմիա:

Ի. Ա. Աղենչևիկոն ասֆիքսիաները բաժանում է՝ ա) ռեսպիրատոր, բ) տրավմատիկ, գ) ջրիկուլյատոր, դ) ռեֆլեկտոր, ե) տոքսիկ:

Ասֆիքսիան, ինչպիսին էլ ուղղում է լինի, այնուամենայնիվ, առաջացնում է զխուլակի թթվածնային քաղց, որը բացասաբար է անդրադառնում պտղի հետագա զարգացման վրա: Ռատումնասիրությունները ցույց են տվել, որ որքան երկար են տևում ասֆիքսիաները, այնքան դեպրեսիվ փոփոխությունները ուղեղում ավելի խորն են արտահայտված լինում:

Խոշոր պտուղների դեպքում ասֆիքսիաները կապում են, քստ Կ. Ա. Իլովայսկայայի, Յ. Գ. Ս. Լ. Վաշիլիկոյի՝ 12, Կոֆֆ և Պոտտերի՝ 3,6:

Անհիսականում և Սրեանում ծնված 1503 խոշոր և զիզանտ պտուղներից (4000—5000 գ և ավելի) 110-ը (7,31%) իսկ 1000 միջին քաշով ծնվածներից (3000—4000 գ) 36-ը (3,6%) ծնվել են ասֆիքսիայով: Խոշոր քաշով ծնվածներից 16-ի (1,6%) իսկ կոնսրույ պտուղներից 4-ի (0,4%) մոտ հզել է սպիրտակ ասֆիքսիա, խոշոր քաշով ծնվածներից 91-ը (6,24%) ունեցել են կապույտ ասֆիքսիա, կոնտրոլի մոտ կապույտ ասֆիքսիայով ծնվել են 32-ը (3,2%): Աղենչևիկոյի և Ահարոնով-Սոկուլի մեթոդը կիրառելիս խոշոր քա-

շուրջ ծնված 110 նորածիններից 100-ը (90,9%) ասֆիրսիայից վերականգանա-
նացել են: Իսկ կոնտրոլ խմբից միայն մեկը (2,88%) դուրս չի եկել ասֆիր-
սիայից: Խոշոր պտուղների բաշերի ավելացման հետ մեկտեղ ասֆիրսիաների
տեղոսը ավելանում է: Այսպես՝

4000—4200 գ բաշի դեպքում՝	6,8%
4200—4400 » »	7
4400—4600 » »	7,94
4600—4800 » »	9,25
4800—5000 » »	13,3
5000 և ավելի » »	22,2

Սեր ուսումնասիրություններից (գիտական ղեկավար դոկտոր-պրոֆ. Բ. Գ.
Սալապյան) պարզվում է, որ ասֆիրսիաները առաջանում են հետևյալ պատ-
ճաններից.

1) ծննդաբերական գործունեության անոմալիաներից (առաջնային և երկ-
րորդային ուժերի թուլություն), ձգձգված ծննդաբերությունից), 2) ջրերի վա-
ղածամ և շատ շուտ թափումից, 3) կլինիկական նեղ կոնքից, 4) հղիության
երկրորդ կեսի տուրսիկոզներից, 5) կոնքային առաջադրությունից, 6) սրտա-
լարի փաթթվումներից ու հանգույցներից և 7) պտղի ուսերը դուրս բերելու
գժվարություններից:

Բացի ասֆիրսիաներից, դպալի չափերի հն հասնում նաև ծննդաբերական
մյուս տրավմաները: Իրանցից ամենավատագույնը ներդանդային տրավման
է, որը արտահայտվում է կամ ուղեղի արյունազեղումներով, կամ անոթների
երկտառան սպաղմով, կամ ուղեղանյութի լիպոսիսով: Վերջիններս կենտ-
րոնական նյարդային համակարգում առաջ են բերում օրգանական երևույթներ,
որպիսի հանգամանքը պատճառ է դառնում պտղի պերինատալ մահվան: Կեն-
դանի մնացածներից ոմանց մոտ էլ կյանքի հետագա տարիների ընթացքում
առաջանում է այս կամ այն ներվաֆոզեկան խանգարումը:

Մ. Ի. Լեպիլինան, Մ. Գ. Դուսները, Ս. Լ. Կելինը, Կոֆֆը և Պոտտերը
գտնում են, որ խոշոր պտուղը իր խոշոր գլխով, թիչ շարժուն ոսկորներով ու
հաստուն կենտրոնական նյարդային համակարգով համախառն է և ենթարկվում
տրավմայի և մահանում:

Ըստ Ի. Ա. Շտերնի, ներդանդային արյունազեղումների համախառնու-
թյունը պայմանավորված է պտուղների զուխների մեծությամբ: Ըստ ախադ-
Ա. Ֆ. Տուրի, ներդանդային տրավմա հասկացողությունը չի կարելի շփոթել
ուղեղի արյունազեղման մորֆոլոգիկ հասկացողության հետ: Այն ումանց մոտ
նման է արդյունազեղման, ումանց մոտ՝ շոկային վիճակի:

Ծննդաբերական տրավմաները առաջացնում են ոչ միայն մակրոսկոպիկ
և միկրոսկոպիկ արյունազեղումներ, այլև ուղեղի այտուց, որ ուղեկցվում է
անոթային խանգարումներով (սպաղմ, պարետիկ վիճակ): Բացի ներդանդա-
յին տրավմաներից հաճախ լինում են նաև ուրիշ վնասվածքներ՝ անրակի
կոտրվածք, պարալիչներ, հազախախտներ և այլն, որոնց համախառնությունը
բարձր է խոշոր պտուղների մոտ:

Լենինականում և Երևանում 1955—1961 թթ. ծնված 1503 խոշոր պտուղ-
ներով ծննդաբերությունների ժամանակ պտուղներից 180-ը (11,9%), իսկ

կոնտրոլ պատվեններից 1000-ից 23-ը (2,3%) ենթարկվել են ծննդաբերական ալյա կամ ալն տրամվային հոշոր քաշով ծնված 180 տրամվայինի հորածիններից 58-ը (32,2%), իսկ կոնտրոլ խմբից 6-ը հղել են ներպանդային տրամվայիններով, 180 նորածիններից 30-ը (16,6%) ունեցել են գլխի ծննդաբերական ուսուցք, իսկ կոնտրոլ խմբից՝ 8-ը (34,7%):

Խոշոր պատույններից կնֆայաճեմատամաներով եղել են 16-ը (5,88%), կոնարոյից՝ 2-ը (8,6%); Դիմային ներքի պարույի նկատվել է խոշոր պատույններից 18-ի (10%), կոնարոյից՝ 1-ի (4,3%) մաս, ճեմատամաններ՝ խոշոր պատույններից 5-ի (12,77%), մաս, կոնարոյի մաս չի եղել, անրակի կտարվածք՝ խոշորներից 18-ի (10%), կոնարոյից 2-ի (8,6%) մաս, բողկային չշատակի պարեզ՝ 5 (2,77%), կոնարոյի մաս չի եղել, անրակաճատամ՝ խոշոր պատույններից 5 (2,77%), կոնարոյի մաս չի եղել, ազգբային չողի խախտում՝ խոշոր պատույններից 1-ի (0,5%) մաս, կոնարոյի մաս չի եղել, մարմնի կետավոր արչունագեղումներ՝ խոշոր պատույններից 22-ի (12,2%), կոնարոյից՝ 3-ի (13%) մաս, կմրբիտամիա (զխի պերֆորացիա) խոշոր պատույններից՝ 2-ի (1,11%), կոնարոյից՝ 1-ի (4,34%) մաս:

Վերահիշելով խոշոր պատգիների մոտ ձնեդարերական տրամամաներից 32,1 -ը եղել են ձյանը և չոր ձնեդարերությունից, 21,8% -ը՝ ժամկետանց ձնեդարերությունից, 5,83% -ը՝ կլիմայական եղել կոնքերից, 10,9% -ը՝ աղբյուրային և 10,2% -ը՝ ձնեդարերական զործունեության թուլությունից, իսկ աննշան մասն էլ՝ այլ պատճառներից:

Մեր նյութի վերլուծումից պարզվեց՝ 1. Ասֆիրսիաները ինքնուրույն պաթիոլոգիաներ չեն, այլ առաջացել են ծննդաբերական այս կամ այն պաթոլոգիաներից և խոշոր պոտոլոգների մոտ կրկնակի անգամ շատ են կոնտրոլի համեմատությամբ:

2. Պատույնների քաշների ազդեցման հետ մեկտեղ առֆիքսիաների տոկոսը միջկանոնում է՝ զրոյանո սպառույնների մոտ՝ հասնելով 22,2% -ի:

3. Անֆիրսիաների տառաջացման պատճառ են հանդիսացել զլխավորապես ծնեղաբերական պործունեության խուլությունները, ձգձգված և չոր ծնեղաբերությունները, կլինիկական հեղ կոնքի վիճակը:

4. Ընկերարկայան տրամախնհրք մեծ առկոս էն կողմում խաշոր պատուղ-
նէրի մոտ՝ 11,9%, 2,3% կոնտրոլի մոտ:

5. Տրամախառն առավել աչքի ընկնողները ներդանդային տրամախառն են, անբաղկի կոտորվածքը և դիմային ներվի պարեղր:

6. Կանանց կոնսուլտացիաների կողմից խոշոր պատույնների ժամանակին ղեկավարումը, պաշտի անտեղատալ պրոֆիլակտիկայի ճիշտ կիրառումը և պատվարդիաների ղեկավար ժամանակին հոսպիտալացումն ու արված բուժօգնությունը կիչեցենն ձեռագրերական արավմատիվի քանակը ինչպես մոր, այն-պես էլ պաշտի մոտ:

7. Խոշոր պատուհներով ծննդաբերությունների դեպքում, ծննդաբերական պրոծուներության խտությունն ի ջրերի վազում առ խափման ժամանակ, ուղիղ-նալ ծննդաբերական գրծունեության ստիմուլացիան կիշիցնի մոքը և պտղին տրաժմատիպիզ:

8. Անհրաժեշտ է վերանայել ծննդաբերական օպերացիաների դոյուքյուն ունեցող ցուցմունքները խոշոր պատույների դիպքում և հնարավորին չափ բնդ-լայնել հիստորյան հատման վերաբերյալ եղած ջոյւցմունքները (ղիգանա պատույ-

ներ, պտղի լայնաձիղ և թեթև զրաթյուններ, կլինիկական նեղ կոնք, ժամկետանց ծննդաբերություններ, հետույքային առաջադրություններ և այլն): Մրանք, անշոշոտ, կիզեցնեն ծննդաբերական տրավմատիզմը:

Երևանի կլինիկական և
Հանրապետական ծննդատուն

Մուտքից 1 4.11.1966 թ.

К. П. ГУКАСЯН

АСФИКСИИ И РОДОВЫЕ ТРАВМЫ У КРУПНЫХ ПЛОДОВ

Р е з ю м е

Асфиксии, как известно, являются следствием той или иной акушерской патологии. В гор. Леникан и Ереван из 1503 крупных гигантских плодов (4000—5000 и более г) с асфиксией родились 110 (7,31%), в контрольной группе (3000—4000 г) из 1000—36 (3,6%). С белой асфиксией родились 16 (1,06%), в контрольной группе 4 (0,4%); с синей асфиксией—94 (6,24%), в контрольной группе—32 (3,2%). С увеличением веса плода процент асфиксий увеличивается. У гигантских плодов (5000 г и выше) составляет 22,2%.

Причиной асфиксий явились: аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная родовая слабость), затяжные роды, преждевременное и раннее отхождение вод, клинически узкий таз, токсикоз во второй половине беременности, тазовое предлежание, обвитие пуповины и истинные узлы, затрудненное рождение плечиков плода. Из 1503 крупных плодов 180 (11,9%) родились с родовой травмой, в контрольной группе из 1000—23 (2,3%). Из родовых травм большой процент составляли внутричерепная травма—(32,2%), родовая опухоль—16,6, паралич лицевого нерва—10, перелом ключицы—10 и точечные кровоизлияния тела 12,2%.