

**НАШ ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ОТХОЖДЕНИЕМ
ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**

Доцент Н. Ф. ЛЫЗИКОВ

**Из кафедры акушерства и гинекологии (зав. доцент
Н. Ф. Лызиков)**

1. Преждевременное отхождение околоплодных вод является одним из серьезных осложнений беременности и родов, которое значительно повышает перинатальную смер-

ность и материнскую заболеваемость. До последнего времени среди акушеров имеются большие расхождения в тактике ведения беременности с преждевременным отхождением околоплодных вод. Большинство акушеров придерживаются активной тактики, выражающейся в стимуляции родовой деятельности и стремлении сократить безводный период. Отсутствует также единая точка зрения по вопросу о том, через какое время после отхождения вод следует прибегать к возбуждению родовой деятельности.

2. Последние годы в нашей клинике отказались от прежнего подхода к терапии осложнения беременности преждевременным отхождением околоплодных вод. В таких случаях мы придерживаемся принципа дифференцированного ведения беременности и родов. При этом учитываем не только время, прошедшее с момента начала отхождения околоплодных вод, но и целый ряд других факторов, как срок беременности, наличие или отсутствие другой акушерской патологии, а также сопутствующих беременности заболеваний, инфицированности половых путей, жизнеспособности, состояние внутриутробного плода.

3. Необходимым условием для своевременного и правильного развития и течения родового акта является наличие сформировавшейся родовой доминанты, т. е. «готовности» организма женщины к предстоящим родам (И. И. Яковлев). Мы рассматриваем беременных с преждевременно отошедшими околоплодными водами и не появившейся родовой деятельностью как находящихся в подготовительном к родам периоде. По нашему мнению, у них еще не закончилось формирование родовой доминанты.

4. Беременным с преждевременно отошедшими околоплодными водами мы назначаем средства для ускорения формирования родовой доминанты и профилактики асфиксии и черепно-мозговой травмы плода. С этой целью женщинам, имеющим беременность 36 и более недель, продолжительное положение плода и нормальную температуру тела, при поступлении в родильный дом и через каждые 8 часов назначаем: триаду Николаева, фолликулин 1 мл (10000 МЕ) или сингестрол 0,1% (10000 МЕ) 1 мл внутримышечно, 10% раствор хлористого кальция 10 мл внутривенно, рутин 0,04 или витамин К 0,015, аскарбиновую кислоту 0,2. Большое значение придаем психотерапии, направленной на создание у женщины уверенности в благоприятном исходе родов.

4. Если родовая деятельность в течение суток после отхождения околоплодных вод не появляется, приступаем к стимуляции родов и назначаем антибиотики. Применение стимулирующих родов средств в более ранние сроки нередко приводит к расстройству координации родовой деятельности. Это проявляется слабостью схваток, ригидностью матки и нижнего сегмента матки. В настоящее время родоразрешение проводим только у 11,53% всех женщин с преждевременным отхождением вод.

6. В борьбе за снижение перинатальной смертности большое значение имеет уменьшение числа преждевременных родов. Известно, что частота гибели недоношенных детей возрастает по мере уменьшения их веса и степени зрелости. В связи с этим понятна целесообразность борьбы за каждую неделю внутриутробного развития плода в случае угрозы преждевременного отхождения околоплодных вод в ранние сроки ее. Литературные данные и наши наблюдения опровергают мнение отдельных акушеров о том, что при отхождении околоплодных вод мероприятия по сохранению беременности бесполезны.

7. В случае преждевременного отхождения околоплодных вод у женщин с беременностью до 36 недель, при наличии соответствующих условий, принимаем меры к сохранению беременности. Условиями, необходимыми для этого, являются: нормальную температуру тела матери, продольное положение живого плода, отсутствие признаков инфекции половых органов и регулярных схваток, закрытые родовые пути. С целью сохранения беременности назначаем: строгий постельный режим, прогестерон, витамин «Е», триаду Нипласва, двууглекислую соду, антибиотики, тщательный уход за наружными половыми органами, стерильную подкладку. Такая тактика позволила нам в ряде случаев получить жизнеспособный и здоровый плод без ущерба для здоровья матери.

8. Беременным с преждевременным отхождением околоплодных вод, у которых отмечается повышение температуры тела, резус-отрицательная кровь, неправильное положение или внутриутробная смерть плода, проводим стимуляцию родовой деятельности.

9. Нами изучены исходы дифференцированного ведения беременности и родов, осложненных преждевременным отхождением околоплодных вод, у 564 женщин. Полученные

данные мы сравнили с исходами 1021 рода за тот период, когда к родовозбуждению мы приступали во всех случаях, где схватки не появлялись в течение 4—6 часов с момента отхождения вод. При дифференцированной методике ведения беременности и родов с преждевременным отхождением околоплодных вод угрожающая асфиксия внутриутробно плода наблюдалась в два раза реже, уменьшился процент асфиксии новорожденных на 0,43, перинатальной смерти на 0,28, аномалий изгоняющих сил на 1,66, активации родовой деятельности на 3,14, осложнений в послеродовом периоде на 2,11 и послеродовом — на 1,11. Увеличения заболеваемости матерей и новорожденных не наблюдалось.

10. Наши наблюдения показали, что дифференцированное ведение беременности и родов, осложнённых преждевременным отхождением околоплодных вод, даёт более благоприятный исход как для матери, так и для плода.