

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Доц. Н. Ф. Лызигов

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доц. Н. Ф. Лызигов) Витебского медицинского института

В течение последних 10 лет мы изучаем вопросы этиологии и патогенеза преждевременного излития околоплодных вод, а также ведение беременности и родов при этом осложнении. Мы подвергли клиническому анализу течение 3457 родов с преждевременным излитием околоплодных вод и 1893 родов со своевременным (при полном раскрытии шейки матки) вскрытием плодного пузыря.

Результаты наших клинических наблюдений, а также данные современной литературы свидетельствуют о необходимости отказа от шаблонного подхода к ведению беременности и родов у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод.

Мы полностью согласны с мнением А. Б. Гиллерсона, что раннее медикаментозное возбуждение родовой деятельности при преждевременном излитии околоплодных вод является нецелесообразным. Проведенные нами гистерографические исследования показали, что сократительная деятельность матки у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод до появления регулярных схваток не отличается от сокращений матки при нормально протекающей беременности. Так, к началу родов малые и частые сокращения матки постепенно исчезают, а большие сокращения появляются чаще, становятся более интенсивными и продолжительными. Этот процесс подготовки матки к родовой деятельности требует определенного времени.

При осложнении беременности преждевременным вскрытием плодного пузыря родовая деятельность у 93% женщин появляется самопроизвольно в течение первых суток. Это обстоятельство имеет очень важное практическое значение. Оно свидетельствует о нецелесообразности возбуждения родовой деятельности при преждевременном излитии околоплодных вод сразу или через несколько часов после вскрытия плодного пузыря, как это принято в настоящее время многими акушерами. Установлено, что при стимуляции родовой деятельности, начавшейся вскоре после преждевременного излития околоплодных вод, частота асфиксии плода увеличивается в $2\frac{1}{2}$ раза, а асфиксии новорожденных — в 3 раза.

С 1962 г. наша клиника придерживается принципа дифференцированного ведения беременности и родов у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод. Сущность его состоит в индивидуальном подходе к каждому случаю этого осложнения. При этом учитывается не только время, прошедшее от момента излития вод, но и такие факторы, как наличие родовой деятельности, срок беременности, наличие или отсутствие другой акушерской патологии и сопутствующих беременности заболеваний, инфицированность половых путей, состояние плода и пр.

Необходимым условием для своевременного начала правильного развития и течения родового акта является наличие определенной «готовности» организма женщины к родам (И. И. Яковлев; Vorster). Современное представление о наступлении и развитии родов дает основание рассматривать беременных с преждевременным излитием околоплодных вод и отсутствием родовой деятельности как женщин, находящихся в подготовительном периоде к родам. Проведенные нами исследования сократительной деятельности матки у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод в период до появления схваток показали, что матка этих беременных еще не готова к началу родов. Назначение женщинам в это время сокращающих

матку средств извращает нормальную сократительную деятельность матки, нередко вызывает судорожное состояние ее мускулатуры, нарушает маточно-плацентарное кровообращение, что приводит в последующем к упорной слабости родовых сил, затяжным родам, возникновению асфиксии плода и новорожденного.

Для организма матери и плода менее опасен длительный безводный период, чем затяжные роды. Во время излития околоплодных вод при отсутствии родовой деятельности сохраняются шейный канал и слизистая пробка, которая препятствует проникновению инфекции в матку.

Клинические наблюдения свидетельствуют о необходимости проведения у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод мероприятий не только по подготовке организма беременной к родовой деятельности, но и для профилактики асфиксии, черепно-мозговой травмы, инфекции плода и новорожденного.

Известно, что частота гибели недоношенных детей возрастает по мере уменьшения их веса и степени зрелости. Поэтому целесообразна борьба за каждую неделю внутриутробного развития плода, если беременность осложнилась преждевременным вскрытием плодного пузыря в ранние ее сроки.

Опыт нашей клиники, изучение особенностей течения и исхода беременности и родов при преждевременном излитии околоплодных вод позволили выработать следующую методику дифференцированного ведения этих беременных, обеспечивающую наиболее благоприятные исходы для матери и ребенка.

Женщинам с преждевременным излитием околоплодных вод и наличием регулярной родовой деятельности для профилактики асфиксии и черепно-мозговой травмы плода назначаем при поступлении и в течение каждых последующих 8 часов триаду Николаева. Кроме того, вводим 10 мл 10% раствора хлористого кальция (внутривенно), внутрь даем рутин (0,04 г) или викасол (0,015 г).

При отсутствии родовой деятельности у женщин с преждевременным излитием вод мы придерживаемся следующей тактики. Женщинам, имеющим неосложненную беременность сроком более 35—36 недель, продольное положение плода, нормальную температуру тела, при поступлении и затем каждые 8 часов назначаем эстрогены (фолликулин или синэстрол 1 мл 0,1% раствора внутримышечно), 10% раствор хлористого кальция (10 мл) внутривенно, рутин или викасол, аскорбиновую кислоту. Если родовая деятельность не возникает в течение суток после начала излития вод, то приступаем к возбуждению родовой деятельности и назначаем антибиотики. У женщин с беременностью менее 35—36 недель при наличии соответствующих условий принимаем меры к продолжению беременности для рождения более зрелого и жизнеспособного плода. Такой тактики мы придерживаемся у беременных с нормальной температурой тела, продольным положением плода, отсутствием признаков инфекции, явлений начинающейся асфиксии плода и регулярных схваток.

Беременным с преждевременным излитием околоплодных вод, у которых отмечается повышение температуры тела, а также при резусотрицательной крови с наличием антител, неправильным положением плода, явлениях начинающейся асфиксии плода сразу назначаем родовозбуждение независимо от срока беременности.

У женщин с тазовыми предлежаниями, поперечным положением плода, у первородящих старше 30 лет, а также при возникновении во время родов асфиксии плода и упорной слабости родовой деятельности в отдельных случаях расширяем показания к операции кесарева сечения.

При развитии эндометрита в родах или других инфекционных заболеваний стремимся возможно быстрее и бережно закончить роды через естественные родовые пути.

Антибиотики при преждевременном излитии околоплодных вод назначаем женщинам с повышенной температурой тела, при безводном периоде

более суток, сопутствующих инфекционных заболеваниях. Введение антибиотиков продолжаем в течение 3 суток после родов.

Мы изучили исходы родов для матери и плода у 1023 рожениц. Роды у этих женщин проводили согласно указанным выше принципам. Для сравнения были изучены исходы 1797 родов, когда к родовозбуждению после начала излития вод приступали через 4—6 часов с момента их излития. Было установлено, что при дифференцированном подходе к ведению таких беременных, к стимуляции родовой деятельности приходилось прибегать в 2 раза реже (у 6,95% беременных). В 1,9 раза реже наблюдалась начинающаяся асфиксия плода (4,3%) и асфиксия новорожденных (2,48%). Отмечено снижение частоты черепно-мозговых травм плода (с 4,67 до 3,82%). Перинатальная смертность уменьшилась с 5,71 до 2,88%. Снижение перинатальной смертности произошло главным образом за счет уменьшения мертворождаемости (в 2,7 раза). Послеродовые инфекционные заболевания наблюдались в 1,6 раза реже (2,58%), инфекционная заболеваемость новорожденных снизилась в 2,2 раза (до 5,05%). Продлить на 7—34 дня недоношенную беременность в условиях преждевременного излития околоплодных вод нам удалось у 25 женщин из 67. Таким образом, исходы для матери и плода при дифференцированном ведении беременности и родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод, можно считать относительно благоприятными.

Современный уровень знаний причин преждевременного излития околоплодных вод позволяет нам ставить вопрос о проведении мероприятий по предупреждению этого осложнения беременности. К их числу относятся: а) раннее выявление и лечение экстрагенитальных и гинекологических заболеваний; б) предупреждение, ранняя диагностика и эффективное лечение токсикозов беременных, угрожающих и начинающихся абортов, преждевременных родов, исправление неправильных положений и тазовых предлежаний плода; в) взятие на особый учет беременных, в анамнезе которых имелись указания на преждевременное излитие околоплодных вод; г) наблюдение за правильным физическим развитием девочек, строгое выполнение законодательства по охране женского труда, раннее взятие на учет всех беременных, систематическое наблюдение за развитием беременности, проведение психопрофилактической и физической подготовки беременных к родам.

ЛИТЕРАТУРА

Гиллерсон А. Б. Акуш. и гин., 1968, № 10, с. 8. — Яковлев И. И. В кн.: Клинико-физиологические наблюдения за функцией половой и мочевой систем у беременной и небеременной женщины. Л., 1957, в. 1, с. 7. — Vorster R., Zbl. Gynäk., 1951, Bd 73, S. 1277.

Поступила 14/XI 1968 г.

PRINCIPLES OF THE MANAGEMENT OF PREGNANCY AND LABOR COMPLICATED BY PREMATURE ESCAPE OF THE AMNIOTIC FLUID

N. F. Lyzikov

Clinical investigations (3457 labors with the premature escape of the amniotic fluid) testify to the inexpediency of stimulation of labor immediately or several hours after escape of the amniotic fluid. In 93 per cent of women labor pains appear spontaneously within 24 hours.

The author employed the principle of differentiated management of pregnancy and labor in women with premature escape of the amniotic fluid. In order to accelerate the preparation of the woman's organism to labor, for the prophylaxis of asphyxia and cerebrocranial injury of the fetus one should administer estrogens, Nikolaev's triad, calcium chlorate, rutin, or vicasol, ascorbic acid. If labor pains does not appear within the first 24 hours then induction of labor is carried out and antibiotics given. In women with increased body temperature, Rh-conflict, or wrong position of the fetus labor induction is started immediately. In women with 35—36-week pregnancy measures are undertaken to preserve the latter. Such a technique ensures a more favorable outcome both for the mother and fetus. Perinatal mortality, asphyxia of the fetus and newborn decreased almost by two times.