
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ОТХОЖДЕНИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Доцент Н. Ф. ЛЫЗИКОВ

Из кафедры акушерства и гинекологии (заведующий — доцент Н. Ф. Лызи-
ков) Витебского медицинского института (ректор — доцент Е. Н. Медвед-
ский)

В нашей клинике преждевременное отхождение околоплодных вод на 19667 родов (1958—1965 гг.) наблюдалось у 3457 (17,59 %) женщин. Перинатальная смертность при этом осложнении в 3 раза выше

(5,71%), чем при своевременном вскрытии плодного пузыря (1,97%). Причинами перинатальной смертности были: черепномозговая травма — в 47,10 %, асфиксия — в 30,24 %, пороки развития — в 7,54 %, инфекция — в 5,82 %. В родах с преждевременным отхождением вод отмечаются чаще асфиксия — в 2,5 раза (8,26%), черепномозговая травма (4,67%), асфиксия новорожденных (4,73%) — в 3 раза, чем при своевременном вскрытии плодного пузыря. Высок процент послеродовой инфекционной заболеваемости матери (4,29%) и ребенка (12,08%).

Нами установлено, что средние показатели веса и роста детей, родившихся при преждевременном отхождении вод, ниже, чем новорожденных при своевременном вскрытии плодного пузыря. Отставание в физическом развитии плодов у женщин с преждевременным отхождением вод могло произойти вследствие неблагоприятного воздействия на организм матери, плода и плаценту факторов, обусловивших преждевременное вскрытие плодного пузыря (инфекция, осложнения беременности, сопутствующие заболевания и др.). Частота уродств плода при преждевременном отхождении вод почти в 2 раза большая (1,75%), чем у детей, родившихся при своевременном вскрытии плодного пузыря (0,99%, $P < 0,01$).

До настоящего времени нет общепринятой методики ведения беременности и родов, осложненных преждевременным отхождением околоплодных вод. С 1962 г. мы придерживаемся принципа дифференцированного ведения беременности и родов при этой патологии. Нами учитывается не только время, прошедшее с момента начала излития вод, но и срок беременности, наличие или отсутствие другой акушерской патологии, а также сопутствующие беременности заболевания, инфицированность половых путей, жизнеспособность и состояние внутриутробного плода.

Исходя из современных представлений о наступлении и развитии родов, есть все основания рассматривать беременных с преждевременным отхождением вод и не появившейся родовой деятельностью как находящихся в подготовительном к родовому акту периоде. Назначение таким женщинам окситотических средств, непосредственно действующих на мускулатуру матки, нередко обуславливает появление не ритмических сокращений матки, а судорожного состояния ее мускулатуры, приводящего к утомлению этого мышечного органа, нарушению маточно-плацентарного кровообращения, что клинически проявляется упорной слабостью родовой деятельности и симптомами начинающейся асфиксии плода.

Для ускорения подготовки к родам, профилактики асфиксии черепномозговой травмы плода, беременным более 35—36 недель с преждевременным отхождением вод, продольным положением плода, нормальной температурой тела, при поступлении в роддом и затем через каждые 8 часов назначаем триаду Николаева 1 мл фолликулина или 1 мл 0,1% синестрола внутримышечно, 10 мл 10% раствора хлористого кальция внутривенно, рутин 0,04 или викасол 0,015, аскорбиновую кислоту 0,2. Если родовая деятельность в течение суток не появляется, приступаем к стимуляции родов и назначаем антибиотики.

У женщин с беременностью менее 35—36 недель принимаем меры к сохранению беременности при преждевременном излитии околоплодных вод с целью получения более зрелого и жизнеспособного плода. Необходимыми условиями для этого мы считаем: нормальную температуру тела, продольное положение плода, отсутствие признаков инфекции половых органов и регулярных схваток. Для сохранения беременности назначаем строгий постельный режим, прогестерон, свечи с белладон-

ной, витамин Е, двууглекислую соду, туалет наружных половых органов после дефекации, стерильные подкладные, избегаем влагалищных исследований, наблюдаем за температурой, пульсом, характером выделений, высотой стояния дна матки окружностью живота. Антибиотики применяем первые 4—5 дней. Вместе с тем, при повышении температуры тела, появлении признаков эндометрита или начинающейся асфиксии плода, достаточной жизнеспособности и зрелости последнего, независимо от срока беременности, дальнейшее сохранение беременности прекращаем и приступаем к родовозбуждению.

Беременным с преждевременным отхождением вод, у которых выявляется инфекция или имеется резусотрицательная кровь с наличием антител, сразу назначаем стимуляцию родов. При неправильных положениях плода, в зависимости от акушерской ситуации, производим наружный поворот, кесарево сечение или метрейриз.

Мы изучили исходы 1023 родов (1964—1965) по методике дифференцированного ведения беременных с преждевременным отхождением вод и 1797 родов (1958—1961) когда, согласно рекомендациям Первой Всероссийской конференции акушеров-гинекологов (1957), к родовозбуждению мы приступали во всех случаях через 4—6 часов после начала преждевременного излития околоплодных вод (см. таблицу).

Таблица

Показатели	1958—1961 гг.	1964—1965 гг.	Достоверность различия
Перинатальная смертность	$5,71 \pm 0,55\%$	$2,88 \pm 0,51\%$	$P < 0,001$
В том числе:			
мертворождаемость	$4,18 \pm 0,46\%$	$1,53 \pm 0,37\%$	$P < 0,001$
ранняя детская смертность . . .	$1,53 \pm 0,30\%$	$1,35 \pm 0,36\%$	$P > 0,6$
Асфиксия плода	$8,26 \pm 0,64\%$	$4,30 \pm 0,62\%$	$P < 0,001$
Асфиксия новорожденного	$4,73 \pm 0,48\%$	$2,48 \pm 0,47\%$	$P < 0,001$
Травматизм плода в родах	$7,28 \pm 0,60\%$	$5,91 \pm 0,72\%$	$P > 0,1$
В том числе:			
черепномозговая травма	$4,67 \pm 0,48\%$	$3,82 \pm 0,59\%$	$P > 0,2$
Инфекционные заболевания новорожденных	$11,28 \pm 0,75\%$	$5,05 \pm 0,53\%$	$P < 0,001$
Послеродовые инфекционные заболевания	$4,29 \pm 0,53\%$	$2,58 \pm 0,39\%$	$P < 0,02$
В том числе:			
метроэндометрит	$3,62 \pm 0,44\%$	$1,92 \pm 0,35\%$	$P < 0,01$
Субфебрилитет без диагноза	$9,03 \pm 0,68\%$	$6,98 \pm 0,63\%$	$P < 0,02$

Из таблицы видно, что наша методика ведения беременности и родов, осложненных преждевременным отхождением вод, обеспечивает более благоприятные исходы для матери и плода. Родовая деятельность появлялась самопроизвольно у 93,05 % женщин, стимуляция родов применялась только у 6,95 % беременных. Схватки, как правило, появлялись в результате однократно проведенного родовозбуждения. К повторной стимуляции родов приходилось прибегать в 13 раз реже (0,09 %). Клинические наблюдения показали, что длительный безводный период до начала родовой деятельности менее опасен для матери и плода, чем затяжные роды.

ВЫВОДЫ

1. Осложнение беременности преждевременным отхождением околоплодных вод является серьезной патологией, способствующей инфицированию матери и плода, асфиксии, родовой травме плода и новорожденного, повышает перинатальную смертность, послеродовую заболеваемость матери и ребенка.

2. Наша методика дифференцированного ведения беременности и родов у женщин с преждевременным отхождением околоплодных вод способствует более раннему появлению родовой деятельности, нормализует условия существования внутриутробного плода, обеспечивает более благоприятные исходы родов для матери и ребенка, приводит к снижению перинатальной смертности, асфиксии плода, а также инфекционной заболеваемости в послеродовом периоде и периоде новорожденности.
