

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ И МАТЕРИНСКАЯ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ
ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ. ОСЛОЖНЕННЫХ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**

Н. Ф. Лызиков (г. Витебск)

Дородовое излитие околоплодной жидкости способствует инфицированию организма матери и плода, увеличивает частоту осложнений в родах, асфиксии плода и оперативного родоразрешения, травмирует психику женщины. По нашим данным, перинатальная смертность при преждевременном излитии околоплодных вод значительно выше, чем при своевременном (табл. 1).

Т а б л и ц а 1
Перинатальная смертность (в ‰)

Показатели	Преждевременное излитие вод		Своевременное излитие вод	
	доношенные	недоношенные	доношенные	недоношенные
Перинатальная смертность	$1,26 \pm 0,4$	$17,55 \pm 1,5$	—	$0,86 \pm 0,8$
в том числе:				
Мертворожденных	$0,86 \pm 0,4$	$9,1 \pm 1,2$	—	—
Умерших	$0,40 \pm 0,24$	$8,4 \pm 1,1$	—	$0,86 \pm 0,8$

Послеродовые инфекционные заболевания у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод наблюдаются в два раза чаще (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Послеродовая инфекционная заболеваемость (в ‰)

Характер заболевания	Излитие вод	
	преждевременное	своевременное
Собственно послеродовые з-ния	$2,0 \pm 0,02$	$0,83 \pm 0,82$
в том числе: метрозидометрит	$1,6 \pm 0,50$	$0,83 \pm 0,82$

Отмечается прямая зависимость между частотой послеродовых инфекций и продолжительностью родов при преждевременном вскрытии плодного пузыря.

По вопросу об акушерской тактике при ведении беременности и родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод, имеются противоречивые точки зрения. В настоящее время акушеры нашей страны руководствуются рекомендациями XII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов (1969). В резолюции съезда отмечено, что при беременности 36—40 недель и достаточной зрелости шейки матки, при отсутствии четких данных о возможности возникновения аномалий родовых сил родовозбуждение следует начинать не позже, чем через 6 часов с момента вскрытия плодного пузыря. При указаниях на инфантилизм, переносенную беременность, у первородящих старше 30 лет, при тазовых предлежаниях плода и некоторых отягощающих факторах, если шейка зрелая, предлагалось к родовозбуждению приступать сразу после начала излития околоплодных вод. Беременным с незрелой шейкой матки необходимо предварительно провести соответствующие мероприятия по подготовке к родам.

Об эффективности такой тактики в литературе имеются единичные сообщения. К. Н. Умеренкова (1977) отмечает, что внедрение рекомендаций съезда не привело к значительному снижению перинатальной смертности при преждевременном излитии околоплодных вод.

С 1962 года мы придерживаемся принципа дифференцированного ведения беременности и родов у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод. При этом учитываются продолжительность промежутка излития околоплодной жидкости, наличие родовой деятельности, срок беременности, отсутствие заболеваний, инфицированность половых путей, состояние, положение, предлежание, величина плода, размеры таза и другие данные.

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 к родам периоде. Применение в это время окситотических средств с целью родовозбуждения нередко вызывает не ритмические координированные сокращения матки, а судорожное состояние мускулатуры ее (гипертонус), что клинически проявляется упорной слабостью родовой деятельности и симптомами начинающейся асфиксии плода.

При поступлении в родильный дом женщины, которая сообщает о преждевременном излитии околоплодных вод, необходимо клинически и лабораторно подтвердить эти анемнестические данные, тщательно собрать анамнез, определить срок беременности, состояние и жизнеспособность плода, наличие и характер родовой деятельности, при отсутствии ее — готовность организма беременной к родам. Женщинам с регулярной родовой деятельностью для профилактики асфиксии и черепно-мозговой травмы плода назначаются при поступлении и каждые последующие 8 часов триада Николаева, 10% раствор хлорида кальция 10 мл внутривенно, рутин 0,04 г или викасол 0,015 г, аскорбиновая кислота 0,2 г, пигалации кислорода в течение 5 минут через каждые полчаса. Влажные исследования ограничиваются.

При отсутствии родовой деятельности у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод мы придерживаемся следующей тактики. Беременным более 35—36 недель со зрелой шейкой матки, с хорошим состоянием и продольным положением плода, нормальной температурой тела для быстрого завершения процесса подготовки организма к родам каждые 8 часов назначаются эстрогены 30 000 ЕД и проводятся мероприятия по профилактике асфиксии и черепно-мозговой травмы плода. Женщинам с незрелой шейкой матки

назначаются эстрогенные гормоны трижды через 2—3 часа. Применение этого эстрогено-витамино-глюкозокальциевого комплекса, как правило, обуславливает самопроизвольное развитие нормальной родовой деятельности.

Результаты наших многолетних наблюдений свидетельствуют о необходимости воздерживаться от назначения беременным сразу после преждевременного излития околоплодных вод сокращающих матку средств и целесообразности назначения им средств для ускорения процесса подготовки организма к родам и создания оптимальных условий для плода. Если родовая деятельность не появляется в течение 8—10 часов после начала излития околоплодных вод, мы приступаем к возбуждению ее внутривенным введением окситоцина и назначаем антибиотики. Предпочтение отдается полусинтетическим пенициллинам (ампициллин, оксациллин, метициллин по 500 мг внутримышечно 4—6 раз в сутки). В тех случаях, когда не исключается родоразрешение кесаревым сечением, к родовозбуждению необходимо приступить через 6—8 часов от начала излития околоплодных вод.

Беременным с родовым излитием околоплодных вод, у которых отмечается повышение температуры тела (выше $37,5^{\circ}$), а также при резус-отрицательной крови и наличии конфликта, с начинающейся асфиксией плода, а также при его смерти, сразу назначается родовозбуждение.

При сочетании преждевременного излития околоплодных вод с тазовым предлежанием, поперечным положением плода, узким тазом и крупным плодом, отягощенным акушерским анамнезом, у первородящих старше 30 лет и при упорной слабости родовой деятельности, когда рождение ребенка через естественные пути сомнительно, ставится вопрос о родоразрешении операцией кесарева сечения. В случаях безводного промежутка более 12 часов и наличии инфекции методом выбора является кесарево сечение (экстраперитонеальное или с ограничением брюшной полости). При развитии эндометрита и других инфекционных заболеваний необходимо стремиться по возможности быстрее и бережнее закончить роды через естественные пути. При продолжительности безводного промежутка более 12 часов, повышении температуры тела, сопутствующих инфекционных заболеваниях, с целью профилактики послеродовых септических заболеваний при преждевременном излитии околоплодных вод, назначаются антибиотики, сульфаниламиды или нитрофураны. Введение антибио-

тиков, продолжается и после родов в течение трех суток, а при обнаружении воспалительных изменений во время микроскопического исследования последа — более длительно.

Наша методика дифференцированного ведения беременности и родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод, обеспечивает более благоприятные исходы для матери и плода. Самопроизвольное наступление родовой деятельности наблюдалось в $93,7 \pm 0,3\%$, перинатальная смертность составила $2,0 \pm 0,2\%$, собственно послеродовые инфекционные заболевания отмечены в $2,0 \pm 0,2\%$. Родоразрешено путем операции кесарева сечения $2,7 \pm 0,4\%$ пациенток, акушерские щипцы и вакуум-экстракция наложены $0,6 \pm 0,2\%$ женщин.