

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ. КЛИНИКА И ИХ ВЕДЕНИЕ

Лызиков Н. Ф. (Витебск)

К преждевременным родам могут привести различные, нередко сочетающиеся факторы, возникающие в организме беременной женщины и окружающей ее внешней среде. В этиологии преждевременных родов важное значение имеют нарушение функции желез внутренней секреции, нервной системы, инфантилизм, острые хронические инфекции, тяжелые поздние токсикозы беременных, заболевания сердечно-сосудистой системы. Среди причин преждевременных родов видное место занимает истмико-цервикальная недостаточность, возникающая после абортa. Определенное значение в этиологии преждевременных родов имеют также многоплодие, пороки развития, гемолитическая болезнь, гидрамнион, преждевременный разрыв плодных оболочек, предлежание плаценты. Наступлению преждевременных родов могут способствовать травмы и отрицательные эмоции, особенно при сочетании их с другими, предрасполагающими к невынашиванию, патологическими состояниями.

Клиническая картина наступления преждевременных родов складывается обычно из признаков угрозы прерывания беременности и симптомов патологии, которая явилась причиной этого осложнения. Клинические наблюдения показывают, что раскрытие шейки матки до 2 см при отсутствии сглаживания ее может быть обратимым.

Лечение угрозы преждевременных родов следует проводить в стационаре, дифференцированно, с учетом причин и степени нарушения беременности. Оно должно быть направлено на нормализацию нервно-психического состояния женщины, понижение возбудимости, тонуса и сократительной деятельности матки, на поддержание основных жизненных функций внутриутробного **плода**.

Для нормализации нервно-психического состояния мы применяем психотерапию, направленную на появление у женщины уверенности в сохранении беременности, назначаем психотропные и успокаивающие нервную систему средства (настойку валерианы, бромиды, микстуру Павлова, мепробомат или триоксазин).

В комплекс лечения при угрозе преждевременных родов включается постельный режим, триада Николаева, ингаляции кислородом либо кислородный коктейль, гормоны, витамины Е, С и средства, понижающие возбудимость и сократимость матки. Витамин Е стимулирует деятельность гипофиза, яичников, усиливает продукцию прогестерона и потенцирует его активность. Аскорбиновая кислота играет важную роль в жизнедеятельности организма матери и плода, она участвует в регуляции окислительно-восстановительных процессов и в образовании стероидных гормонов.

В легких стадиях угрозы преждевременных родов можно ограничиться соблюдением покоя и назначением прогестерона (по 10 мг внутримышечно ежедневно в течение 10—15 дней), свечами с опиумом (по 0,015 два раза в день в течение 3—5 дней), витамина С (до 400 мг в сутки) и витамина Е (по 8—10 мг на прием, 1—2 раза в день или масляного раствора по чайной ложке 2 раза в день в течение 3—6 недель). Курс лечения при необходимости можно повторить после 7—10-дневного перерыва. При угрозе преждевременных родов нарушается сердцебиение и двигательная активность плода, что свидетельствует о нарушении маточно-плацентарного кровообращения. Для нормализации последнего полезно применять 1% раствор сигетина внутримышечно (1—2 мл ежедневно в течение 10 дней) или фолликулин (по 10000 ед. ежедневно на протяжении 2—3 недель).

Для снижения возбудимости и тонуса матки применяются холинолитики (тропацин и метацин). Тропацин назначают по 0,01 два раза в день в порошках или таблетках в течение 7—10 дней в зависимости от выраженности угрозы прерывания беременности. Метацин применяют в таблетках или порошках по 2 мг 2—4 раза в сутки в течение 3—10 дней. Курс лечения указанными препаратами можно повторить после перерыва в 5—7 дней.

Для той же цели назначается 25% раствор сернокислой магнезии (по 10 мл внутримышечно), папаверин в порошках или свечах по 0,02 или в виде 1% раствора (по 2 мл подкожно), но-шпа (по 2 мл подкожно), платифиллин (в виде 0,2% раствора по 1 мл подкожно).

Многие при угрозе прерывания беременности сообщают об успешном применении новокаиновой блокады и диатермии на окологречечную область. Если причиной угрозы преждевременных родов служит истмико-цервикальная недостаточность, то применяют хирургические методы лечения.

Преждевременные роды часто осложняются внутриутробной асфиксией, мертворождениями, преждевременным излитием околоплодных вод, повышенной кровопотерей в послеродовом периоде. Все это вынуждает к частым вмешательствам в родах. Для предупреждения осложнений многие предлагают вести роды без защиты промежности, другие рекомендуют делать перинеотомию. В нашей клинике мы придерживаемся такой методики ведения преждевременных родов: в первом периоде — консервативно-выжидательной тактики, избегая по возможности оперативных пособий. Влагалищное исследование рожениц проводим по строгим показаниям, соблюдая осторожность при пальпации швов и родничков. В конце первого периода родов применяем медикаментозное обезболивание рожениц, назначаем спазмолитики: но-шпа (по 0,004) в порошках, 2% раствор промедола (по 1 мл подкожно), 1% раствор апрофена (по 0,5—1 мл подкожно). Во втором периоде особое внимание уделяется регуляции потужной деятельности, контролю за состоянием внутриутробного плода. С целью ослабления потуг вводим 25% раствор сернокислой магнезии (20 мл внутримышечно), промедол 2% раствор (1 мл подкожно), положение роженицы на бок, исключаем «вожжи», рекомендуем глубокое дыхание, ингаляции кислорода во время потуг. В случае бурных схваток прибегаем к закисно-кислородному наркозу, делаем пудендальную анестезию и перинеотомию с целью исключения травмирования головки плода.

Всем женщинам с преждевременными родами назначаем по 0,015 витамина К через 4 часа или по 0,04 рутина, по 40 мл 40% раствора глюкозы внутривенно и по 10 мл 10% раствора хлористого кальция. Пособия в родах и первый туалет новорожденного проводим под обогревом инфракрасного облучателя, пеленаем ребенка в согретые стерильные пеленки.

С целью повышения жизнеспособности новорожденным весом до 2 кг в клинике в ягодицы вводится внутримышечно 5 мл пуповинной крови, подкожно 0,2 мл кордиамина, в вену пуповины 20% раствор глюкозы (по 3 мл на 1 кг веса ребенка), 2 мл 5% раствора хлористого кальция.

Оживление недоношенных детей, родившихся в асфиксии, проводим бережно, применяя способы Легенченко, Персианинова и Неговского. Искусственное аппаратное дыхание осуществляем с помощью маски, иногда с предварительной интубацией. При весе ребенка от 1800 до 2500 г делаем его под давлением 200—250 мм водяного столба, при меньшем весе это давление постепенно снижается до 80—100 мм. Детям, родившимся в асфиксии, в вену пуповины вводится 4% раствор соды (по 3 мл на 1 кг веса ребенка). Ручное пособие при тазовых вставлениях плода ограничиваем только поддержкой ребенка.

В случае преждевременного излития вод консервативно-выжидательное ведение беременности является биологически оправданным. Особенно уместна такая тактика в сроки беременности 27—28 недель, для чего необходимы условия: нормальная температура беременной, продольное положение плода, отсутствие признаков инфекции, внутриутробной асфиксии, регулярных схваток. Разумеется, такая тактика должна согласовываться с беременной. Как указывалось выше, с целью сохранения беременности после отхождения вод применяем мепробомат, прогестерон, свечи с белладонной, витамин Е, двууглекислую соду (внутрь), антибиотики, сульфаниламиды (в течение 4—5 дней). Важное значение придаем психотерапии.

При повышении температуры тела, появлении признаков эндемритита, начинающейся асфиксии плода, а также когда плод достигает жизнеспособности и зрелости (в условиях преждевременного излития вод), отказываемся от дальнейшего сохранения недоношенной беременности и принимаем меры к родоразрешению. Такая методика применена нами у 94 беременных. После излития вод удалось продлить беременность от 7 до 14 дней у 23 женщин, более 14 дней — у 12 (из них — 4 более месяца). Снижение перинатальной смертности отмечено в 1,3 раза.

Оснóвой профилактики преждевременных родов, начиная с антенатального периода, должна быть охрана здоровья женщины, предупреждение инфекционных заболеваний, соблюдение мер личной гигиены в пубертатном периоде, строгое выполнение законодательства по охране женского труда, соблюдение правил гигиены труда, быта и питания, своевременное выявление и лечение начальных проявлений угрозы прерывания и других осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний. Глубокий анализ причин преждевременных родов способствует проведению мер профилактики угрозы прерывания беременности и лечению этого осложнения.