

АСФИКСИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ОТХОЖДЕНИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И ЕЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ

Н. Ф. ЛЫЗИКОВ, Витебск

Преждевременное отхождение околоплодных вод является одним из частых осложнений беременности и родов, способствующих увеличению перинатальной смертности, заболеваемости матерей и новорожденных (З. Н. Павловская, 1939; Н. И. Казанская, 1940; А. И. Шнейман, 1948; Р. И. Мовшович, 1954, и др.).

По нашим данным (1958—1961 гг.), перинатальная смертность при этом осложнении в 3 раза выше (5,71%), чем при своевременном вскрытии плодного пузыря (1,97%). Причинами перинатальной смертности явились: черепно-мозговая травма в 47,1%, асфиксия в 30,24%, уродства в 7,54%, инфекция в 5,82% случаев.

Мы проанализировали частоту и характер асфиксии плода и новорожденного в родах с преждевременным (1841 наблюдение) и своевременным (1906 наблюдений) отхождением околоплодных вод.

Исследования показали, что начинающаяся асфиксия внутриутробного плода при преждевременном отхождении около-

плодных вод отмечена в 2,4 раза чаще, асфиксия новорожденных в 3 раза чаще, чем в родах со своевременным вскрытием плодного пузыря. Синяя асфиксия новорожденных наблюдалась при преждевременном отхождении вод в 2,86 раза чаще по сравнению с группой детей, родившихся в условиях своевременного разрыва плодного пузыря. Процент детей, родившихся в состоянии белой асфиксии, при преждевременном отхождении вод был в 9,8 раза большим.

Высокий процент асфиксии плода и новорожденного при преждевременном отхождении околоплодных вод обуславливается рядом обстоятельств. При этом колебания внутриматочного давления непосредственно воздействуют на плод, раздражая его кожные рецепторы, что вызывает рефлекторное возбуждение дыхательного центра, появление дыхательных движений и развитие асфиксии внутриутробного плода. Предлежащая часть испытывает непосредственное сопротивление мягких родовых путей и костного кольца. На головку плода оказывает также неблагоприятное влияние разность давления выше и ниже внутреннего пояса прилегания, что может вызвать нарушение внутричерепного кровообращения плода.

При преждевременном излитии околоплодных вод изменяется сердечная деятельность и двигательная активность внутриутробного плода. С помощью фоноэлектрокардиографии установлено, что при преждевременном отхождении околоплодных вод число сердцебиений (в среднем $144 \pm 1,2$ в минуту) и число движений плода ($6,0 \pm 0,41$ за 10 минут) в период до появления схваток больше, чем при нормально протекающей беременности (соответственно $137,0 \pm 1,2$ и $2,4 \pm 0,13$; $P < 0,001$).

Следует отметить, что преждевременное отхождение околоплодных вод в 39,28% случаев сочетается с другими осложнениями беременности и экстрагенитальными заболеваниями, которые сами могут являться причиной асфиксии.

Исследованиями ряда авторов показана необходимость при назначении лекарственных средств беременным учитывать их действие не только на организм матери, но и внутриутробного плода (В. И. Бодяжина, 1963, 1964; Л. С. Персианинов, В. С. Мериакри, 1966; М. А. Петров-Маслаков, М. А. Репина, 1967, и др.). З. А. Симоненко (1959) отметила, что у женщин, которым проводилась стимуляция родовой деятельности в связи с преждевременным отхождением вод, асфиксия плода

встречалась чаще. Об этом свидетельствуют и результаты наших клинических наблюдений.

**Частота асфиксии плода и новорожденного
при преждевременном отхождении околоплодных вод
в зависимости от стимуляции родовой деятельности (1958—1961 гг.)**

Характер и степень асфиксии	Стимуляция родов		Достоверность различия, <i>P</i>
	не проводилась (1703 плода и новорожденных)	проводилась (138 плодов и новорожденных)	
Начинающаяся асфиксия плода	126 (7,46 ± 0,64%)	26 (18,84 ± 3,32%)	<i>P</i> < 0,001
Асфиксия новорожденного	70 (4,11 ± 0,48%)	17 (12,32 ± 2,80%)	<i>P</i> < 0,01
В том числе:			
синяя асфиксия . . .	65 (3,82 ± 0,46%)	13 (9,42 ± 2,49%)	<i>P</i> < 0,05
белая асфиксия . . .	5 (0,29 ± 0,13%)	4 (2,90 ± 1,43%)	<i>P</i> > 0,05

С 1962 года мы придерживаемся принципа дифференцированного ведения родов с преждевременным отхождением вод. Учитывается не только время, прошедшее с момента начала излития вод, но и срок беременности, наличие или отсутствие другой акушерской патологии, а также сопутствующих беременности заболеваний, инфицированность половых путей, жизнеспособность и состояние плода.

Исходя из современных представлений о наступлении и развитии родов, есть все основания рассматривать беременных с преждевременным отхождением вод и появившейся родовой деятельностью как находящихся в подготовительном к родам периоде. Назначение таким беременным окситолических средств нередко обуславливает судорожное состояние мускулатуры матки, что клинически проявляется упорной слабостью родовой деятельности и симптомами начинающейся асфиксии плода.

В нашей клинике роды с преждевременным отхождением вод проводятся по следующей методике. При беременности

более 35—36 недель, продольном положении плода и нормальной температуре тела женщинам через каждые 8 часов назначаем триаду Николаева, эстрогены, хлористый кальций, рутин или викасол, аскорбиновую кислоту. Если родовая деятельность в течение суток не появляется, приступаем к стимуляции родов и назначаем антибиотики. У женщин с беременностью менее 35—36 недель при наличии нормальной температуры тела, продольного положения плода, отсутствии регулярных схваток принимаем меры к сохранению беременности. Беременным, у которых выявляется инфекция или имеется резус-конфликт, неправильное положение плода, сразу назначаем родовозбуждение.

Изучены исходы 1023 родов с преждевременным отхождением вод и 1797 родов, когда к родовозбуждению приступали во всех случаях через 4—6 часов после начала излития околоплодных вод. Частота асфиксии плода и новорожденного уменьшилась почти в два раза. Так, процент начинающейся асфиксии плода снизился с 8,26 до 4,30 ($P < 0,001$), асфиксии новорожденных—с 4,73 до 2,48 ($P < 0,001$). Уменьшилась перинатальная смертность с 5,71 до 2,88%. Снизилась инфекционная заболеваемость родильниц и новорожденных. Родовая деятельность появилась самопроизвольно у 93,05% женщин с преждевременным отхождением околоплодных вод. Клинические наблюдения показали, что длительный безводный период до начала родовой деятельности менее опасен для матери и плода, чем затяжные роды.