

Н. Ф. ЛЫЗИКОВ, Т. И. КРЫЛОВА,
Н. И. ХАРЕВИЧ, С. И. ХАРКЕВИЧ, Н. И. КИСЕЛЕВА

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
И СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО
ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Витебский медицинский институт

Одним из наиболее частых осложнений беременности и родов, ведущих к увеличению перинальной смертности, а также заболеваемости матерей и новорожденных, является преждевременное излитие околоплодных вод.

Нами проведен ретроспективный клинический анализ 480 (391 срочных, 76 преждевременных и 13 запоздалых) родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод (1-я группа), и 120 родов (114 срочных и 6 преждевременных) со своевременным вскрытием плодного пузыря (2-я группа).

Частота преждевременного отхождения околоплодных вод составила 7,8 % на 3732 родов.

Экстрагенитальными заболеваниями страдали 67,6 % женщин, в том числе: болезнями органов дыхания — 11,5 %, сердечно-сосудистыми заболеваниями — 6,46 %, хроническими инфекциями — 41,07 %, болезнями мочевыводящей системы — 8,57 % женщин. Во время беременности 19,1 % женщин перенесли ОРВИ. Беременность осложнилась ранним токсикозом у 17,7 % женщин, поздним токсикозом — у 18,5 %. Роды продолжались до 6 ч у 49,0 % беременных, от 6 до 12 ч — у 45,6 % и свыше 12 ч — у 5,4 %. Стремительные роды произошли в 4,2 % случаев, быстрые — в 44,8 %.

При родовом вскрытии плодного пузыря слабость сократительной деятельности матки наблюдалась у $6,5 \pm 1,4$ % рожениц, в контрольной группе — у $1,48 \pm 1,1$ %, эндометрит в родах соответственно у $1,03 \pm 0,4$ % и $0,08 \pm 0,3$ %, патологическая кровопотеря у $5,7 \pm 1,0$ % и $4,9 \pm 2,0$ %.

При преждевременном излитии околоплодных вод чаще приходилось прибегать к оперативному вмешательству в родах. Так, частота кесарева сечения у жен-

щин 1-й группы составила $8,8 \pm 1,0 \%$, 2-й — $0,21 \pm 0,4 \%$, наложения акушерских щипцов — соответственно $1,6 \pm 0,4 \%$ и $1,3 \pm 1,1 \%$, ручного отделения и выделения последа — $3,5 \pm 0,7 \%$ и $1,4 \pm 1,1 \%$, контрольного обследования полости матки — $1,3 \pm 1,1 \%$ и $0,9 \pm 0,8 \%$.

Длительность безводного периода до 6 ч отмечена у 14 % женщин, 6—12 ч — у 41 %, 12—18 ч — у 28,5 %, 18—24 ч — у 8 % и свыше 24 ч — у 8,5 %.

В 61,7 % родов с преждевременным излитием околоплодных вод производилось 2—3 влагалищных исследования, в 11,7 % — 4 и более.

Нами была изучена инфекционная заболеваемость в послеродовом периоде у женщин обеих групп. Так, при преждевременном излитии околоплодных вод метроэндометрит наблюдался у $1,6 \pm 0,5 \%$ родильниц, послеродовая язва — у $0,2 \pm 0,17 \%$, лохиометра — у $0,2 \pm 0,17 \%$, мастит — у $1,0 \pm 0,4 \%$, пиелонефрит — у $1,5 \pm 0,4 \%$. При своевременном излитии околоплодных вод у $0,83 \pm 0,82 \%$ женщин отмечался метроэндометрит, другие осложнения не встречались. Расхождение швов имело место у $2,5 \pm 0,39 \%$ женщин 1-й группы и у $1,4 \pm 1,1 \%$ — 2-й, субфебрилитет — соответственно у $1,0 \pm 0,4 \%$ и $0,83 \pm 0,82 \%$ родильниц.

Таким образом, по данным анализа, послеродовая инфекционная заболеваемость женщин с преждевременным излитием околоплодных вод в 8 раз выше, чем при своевременном вскрытии плодного пузыря. Последнее связано с проникновением инфекции в матку восходящим путем, возрастанием количества оперативных вмешательств, внутриматочных манипуляций в послеродовом периоде, увеличением процента патологических кровотечений и травм мягких тканей родовых путей, а также частоты влагалищных исследований.

Дородовое вскрытие плодного пузыря нередко бывает одним из проявлений инфекционного процесса в организме женщины, начавшегося до беременности или во время нее (Н. Ф. Лызиков, 1971). Это подтверждается результатами гистологического исследования плаценты у родильниц с преждевременным излитием вод. В 9,3 % случаев в плацентах обнаруживаются изменения воспалительного характера (базальный децидуит, амниохорионит, субхориальный интервиллузит).

Нами проведен анализ мертворождаемости, смертности, состояния новорожденных по шкале Апгар и за-

болеваемости детей, родившихся при преждевременном и своевременном отхождении околоплодных вод. Так, асфиксия плода и новорожденного встречалась в $9,4 \pm 1,3$ % случаев, в том числе среди доношенных детей в $7,6 \pm 1,1$ % случаев, среди недоношенных — в $34,1 \pm 2,3$ % (при своевременном отхождении вод в 6,2 раза реже — $1,5 \pm 1,1$ %). Тяжелая степень асфиксии наблюдалась у $21,6 \pm 1,7$ % новорожденных, легкая — у $78,4 \pm 1,6$ %: среди доношенных новорожденных соответственно у $16,4 \pm 1,4$ % и $83,6 \pm 1,5$ %, среди недоношенных — у $82,1 \pm 1,6$ % и $17,9 \pm 1,6$ %. Если в родах приходилось прибегать к родовозбуждению, асфиксия плода и новорожденного отмечалась чаще ($19,1 \pm 1,6$ %).

Черепно-мозговая родовая травма при дородовом излитии околоплодных вод встречалась в 1,7 раза чаще ($2,84 \pm 0,67$), чем при своевременном вскрытии плодного пузыря ($1,6 \pm 0,7$ %). Эта патология имела место у $14,6 \pm 1,4$ % недоношенных и у $1,98 \pm 1,2$ % детей, родившихся в срок.

Более высокий процент травматизма при несвоевременном излитии околоплодных вод может быть обусловлен тем, что подлежащая часть (чаще головка) испытывает непосредственное сопротивление мягких тканей родовых путей. Большая частота черепно-мозговых травм, возможно, связана также с более высоким процентом оперативного родоразрешения женщин с преждевременным излитием околоплодных вод.

Возникающее гипоксическое состояние плода приводит к глубоким, подчас необратимым, изменениям органов и систем, о чем свидетельствуют показатели перинатальной смертности ($20,9 \pm 0,5$ ‰) и удельный вес в ее структуре антенатальной гибели плода ($41,9 \pm 2,0$ %).

Наиболее частыми причинами перинатальной смертности были асфиксия плода, пневмония и черепно-мозговая травма. Отмечается более высокая перинатальная смертность ($78,0 \pm 1,1$ ‰) при преждевременном излитии околоплодных вод у первородящих женщин старше 26 лет. Так, в группе первородящих в возрасте 30 лет и старше каждый десятый ребенок рождался мертвым или умирал в первые 7 дней жизни.

При осложнении беременности и родов преждевре-

менным излитием околоплодных вод увеличивается возможность инфицирования плода за счет распространения инфекции с **матки и других** отделов полового аппарата, а также гематогенным путем при экстрагенитальных заболеваниях. Так, заболеваемость новорожденных в 1-й группе составила $12,6 \pm 1,3 \%$, во 2-й — $4,29 \pm 2,1 \%$. Наиболее часто встречались пневмонии — у $1,64 \pm 0,6 \%$ новорожденных (при своевременном отхождении вод — у $0,48 \pm 0,2 \%$), инфекционные заболевания кожи — у $1,2 \pm 0,3 \%$ ($0,32 \pm 0,5 \%$), **каатар** верхних дыхательных путей — у $0,42 \pm 0,2 \%$ ($0,32 \pm 0,2 \%$), субфебрилитет без установленного диагноза — у $2,64 \pm 0,6 \%$ ($0,42 \pm 0,3 \%$) детей.

Таким образом, при преждевременном отхождении околоплодных вод возрастает возможность развития инфекции не только у матери, но и у новорожденного. Поэтому при ведении беременности и родов, осложненных этой патологией, необходимо проводить мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний, особенно пневмонии и пиодермии плода. В нашем родильном доме для предотвращения воспалительных заболеваний кожи новорожденных при преждевременном излитии околоплодных вод сразу после рождения ребенку делают теплую ванну с раствором марганцовокислого калия 1 : 10 000, после чего кожу обрабатывают 2 % спиртовым раствором левомицетина.

При сравнении данных об исходах родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод (1986), с аналогичными данными Н. Ф. Лызикова (1967) по Витебскому клиническому роддому № 1 выявлено уменьшение частоты перинатальной смертности с $28,8 \pm 0,51$ до $20,9 \pm 0,5 \%$, слабости родовой деятельности с $12,35 \pm 0,77$ до $6,5 \pm 1,4 \%$, патологической кровопотери в родах с $13,45 \pm 1,04$ до $5,7 \pm 1,0 \%$, послеродовых инфекционных заболеваний — с $2,58 \pm 0,39$ до $2,0 \pm 0,2 \%$. Это можно объяснить дальнейшим совершенствованием принятой в родильном доме тактики дифференцированного ведения беременных и рожениц при преждевременном излитии околоплодных вод и более широким внедрением в клинику рекомендаций XII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов.

По нашему мнению, при ведении беременности и родов у женщин с преждевременным излитием около-

плодных вод для снижения осложнений у матери и плода следует придерживаться **следующих рекомендаций**.

При поступлении в роддом женщины, которая отмечает «подтекание» околоплодных вод, необходимо клинически или лабораторно подтвердить эти **анамнестические данные**, определить состояние и жизнеспособность плода, наличие и характер родовой деятельности, а при отсутствии ее — готовность организма беременной к родам (зрелость шейки матки, окситоциновый тест).

Определяя план ведения беременности и родов, осложненных дородовым излитием околоплодных вод, необходимо учитывать наличие родовой деятельности, другую акушерскую патологию и сопутствующие заболевания, срок беременности, состояние и жизнеспособность плода, готовность организма женщины к родам, длительность безводного промежутка и другие факторы. В связи с высокой перинатальной смертностью у первородящих старше 26 лет целесообразно расширять показания к операции кесарева сечения, особенно при тазовых предлежаниях и крупном плоде, сужении таза, неправильном вставлении головки плода или при появлении в процессе родов других осложнений (аномалий родовой деятельности, гипоксии плода и др.).

При составлении плана ведения родов необходимо предусмотреть возможность своевременного (не позже 1—12 ч с момента вскрытия плодного пузыря) изменения тактики консервативного ведения родов на оперативное.

Женщин с преждевременным излитием околоплодных вод следует относить к группе высокого риска по возникновению инфекционно-септических заболеваний и при появлении признаков осложнений проводить комплексное противовоспалительное лечение.

Для профилактики инфекционных заболеваний кожи при преждевременном излитии околоплодных вод новорожденным необходимо делать теплую ванну с раствором марганцовокислого калия 1 : 10 000, после чего обрабатывать кожу 2 % спиртовым раствором левомицетина.

ЛИТЕРАТУРА

Лычиков Н. Ф. Материалы к изучению причин и патогенеза преждевременного отхождения околоплодных вод и дифференци-

рованное ведение беременности и родов при этом осложнении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Витебск, 1967. 24 с.

Лизиков Н. Ф. Преждевременное отхождение околоплодных вод. Мн., 1971. 128 с.

Савицкая Г. М., Серов В. Н., Старостина Т. А. Акушерский стационар. М., 1984. 208 с.