

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Доцент **Н. Ф. ЛЫЗИКОВ**, клинический ординатор **Т. Я. РОЩИНА**,
Л. В. ГОРОДЕЦКАЯ, **Т. П. СМЕТАНИНА**

Из кафедры акушерства и гинекологии (заведующий — доцент
Н. Ф. Лызиков) Витебского медицинского института (ректор — профессор
Г. А. Медведева)

Борьба с преждевременными родами является важной задачей современного акушерства, от успешного решения которой зависит дальнейшее снижение мертворождаемости и смертности новорожденных.

За 1958—1960 гг. в родильном доме № 1 г. Витебска на 7587 родов 402 (5,29 проц.) были преждевременными. К последним нами отнесены роды, наступившие после 28 и до 39 недель беременности, закончившиеся рождением ребенка весом от 1000 до 2500 г и ростом 35—45 см.

Нами изучено 375 преждевременных родов, из которых 227 было у первородящих и 148 — у повторнородящих. Большую частоту преждевременных родов у первородящих отмечают также П. А. Белошапко, А. П. Николаев, Я. А. Дульцин, Г. А. Журавлев и др. Возраст: до 20 лет — 36, 21—25 лет — 149, 26—30 лет — 106, 31—35 лет — 61, 36—40 лет — 20 и старше 40 лет — 3. Преждевременные роды — на возраст до 25 лет приходится 49,33 проц. В общем числе родов в клинике данная возрастная группа составляет 43,8 проц.

Исследованиями Р. Л. Шуба, С. И. Астахова и других авторов доказано огромное значение витаминов для нормального течения беременности и полноценного развития внутриутробного плода, а также роль этих веществ в этиологии недонашивания. Наибольшее количество преждевременных родов мы наблюдали в марте (12,5 проц.), а наименьшее — в июле (6,4 проц.). Это можно связать с недостаточным поступлением витаминов в организм беременной, большей частотой простудных заболеваний и гриппа в зимнее время.

Преждевременные роды наступили: 28—32 недели беременности — у 80 (21,3 проц.) женщин, 32—35 недель — у 102 (27,2 проц.), 35—38 недель — у 193 (51,4 проц.). Следовательно, прерывание беременности наступило в 78,7 проц. после получения родового отпуска. Необходимо отметить, что только 34,4 проц. преждевременно родивших женщин обратились в женскую консультацию до 12 недель беременности; 9,6 проц. — под наблюдением женской консультации не находились. Лечение угрожающих преждевременных родов проводилось лишь 33 (8,8 проц.) беременным. Это свидетельствует о недостаточной работе женских консультаций по профилактике преждевременных родов.

С. М. Беккер отмечает, что многочисленные причины недонашивания необходимо рассматривать в неразрывной связи с общим состоянием и функцией нервной системы организма беременной.

По данным ряда акушеров, инфекция является одной из частых причин преждевременных родов (А. Л. Каплан и В. М. Лотис, З. Ф. Дробеня, С. М. Беккер, К. К. Камешко, А. Г. Болгова). Заболевания инфекционной этиологии и повышение температуры без установленного диагноза при поступлении в родильный дом нами наблюдались у 82 женщин с преждевременными родами. Воспалительные заболевания половых органов отмечены у 24 беременных.

Аборты являются фактором, предрасполагающим к преждевременному прерыванию беременности. Они наносят травму организму женщины и способствуют возникновению воспалительного процесса (М. А. Петров — Маслаков, Э. М. Кравец, Б. Рессин и др.). Среди

наших женщин предшествующий аборт явился причиной недонашивания у 65. В анамнезе 121 преждевременно родившей женщины отмечены аборт и у 29 — преждевременные роды. Первая беременность у 40 женщин закончилась выкидышем. Нами наблюдалась прямая зависимость между количеством абортов и частотой недонашивания. Поэтому важнейшей задачей является разъяснить населению, что аборт не только приводит к гибели плода данной беременности, но нередко делает женщину бесплодной или угрожает жизнеспособности будущих детей.

Токсикозы второй половины беременности явились главной причиной преждевременных родов у 30 (8 проц.) беременных. Поражение сосудистой системы при поздних токсикозах беременности, отек ворсинок, децидуально-оболочки, инфаркты детского места нарушают маточно-плацентарное кровообращение и приводят плод к гибели. Кроме этого, преждевременное начало родовой деятельности при поздних токсикозах обуславливается накоплением в крови большого количества окситоксических веществ (Я. Г. Буханов).

Многоплодная беременность часто прерывается преждевременно (по А. И. Петченко — в 25 проц., по З. С. Плотниковой — в 47,9 проц., по Н. И. Казанской — в 54,4 проц., по нашим данным — 40,94 проц.). Как основной этиологический фактор преждевременных родов мы наблюдали многоплодие у 28 (7,5 проц.) женщин. При многоплодии недонашивание беременности связано с перерастяжением матки и повышением возбудимости ее в результате интоксикации.

Из других причин преждевременных родов нами установлены аномалии прикрепления плаценты (2,4 проц.), многоводие (1,3 проц.), сердечно-сосудистые заболевания беременных (1,3 проц.)

Некоторые акушеры частой причиной преждевременных родов считают недоразвитие половых органов (Е. А. Одинцова — 52,3 проц., М. Д. Моисеенко — 47,1 проц., А. Л. Каплан — 16,3 проц.). Явления инфантилизма нами отмечены у 21,3 проц. преждевременно родивших женщин. Признаками недоразвития половых органов мы считали начало менструаций позже 17-летнего возраста (37 женщин) и величину наружной конъюгаты 18 см и менее (21 женщина). Среди преждевременно родивших не было женщин с положительной реакцией Вассермана.

При преждевременном прерывании беременности необходимо установить возможность дальнейшего сохранения ее. Этот вопрос решается на основании клинического обследования беременной, состояния родовых путей и внутриутробного плода, а также степени выраженности сократительной деятельности матки. В тех случаях, где нет возможности предотвратить наступление преждевременных родов, то при возникших осложнениях следует применять меры профилактики для матери и плода.

По вопросу о продолжительности преждевременных родов среди акушеров нет единого мнения. Большинство врачей считает, что преждевременные роды протекают быстрее срочных. Отдельные исследователи указывают на большую продолжительность родов при недонашивании (Б. Рессин). Средняя продолжительность преждевременных родов, по нашим данным, составила у первородящих при преждевременных родах 12 час. 35 мин., при срочных родах — 15 час. 52 мин., у повторнородящих, соответственно — 7 час. 25 мин. и 7 час. 59 мин.

Роды 332 женщин проходили в головном предлежании плода, 40 — в тазовом и 3 — поперечном положении плода. Преждевременное отхождение околоплодных вод наблюдалось у 90 женщин.

Оперативные пособия оказаны 110 роженицам: ручное отделение последа — 15, обследование полости матки — 12, акушерские щип-

цы — 12, извлечение плода за тазовый конец — 5, внутренний поворот плода на ножку — 3. Разрывы промежности наблюдались у 27 рожениц, у 5 женщин прорезыванию головки препятствовала высокая промежность, с целью предохранения головки плода от травматизации им произведена перинеотомия. Осложнения послеродового периода отмечены у 21, кровотечения в родах свыше 500 мл у 20 рожениц. Большое количество патологии в послеродовом периоде при преждевременных родах, по-видимому, обусловлено более интимной связью плаценты с маткой и сравнительно частыми аномалиями прикрепления детского места.

Неправильное течение послеродового периода было у 29 родильниц; из них эндометрит — у 8, субинволюция матки — у 6, повышение температуры без установленного диагноза — у 11.

Пониженная резистентность капилляров и другие анатомо-физиологические особенности незрелого ребенка predisполагают к черепно-мозговой родовой травме и внутриутробной асфиксии. С целью профилактики патологии применяется рутин по 0,04 с аскорбиновой кислотой или витамин К по 0,015 через каждые 6 часов, триада Николаева, периодическое дыхание кислорода и антибиотики. Акушерские операции, оживление недоношенных новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии, должны быть исключительно бережными. Большое значение мы придаем предохранению незрелого ребенка от охлаждения. Для повышения общего тонуса и сопротивляемости новорожденного к инфекции, детям весом от 1800 до 2500 г сразу после рождения внутримышечно в ягодичцу вводим 7—10 мл пуповинной крови.

Литературные данные свидетельствуют о высокой мертворождаемости незрелых плодов — А. Ф. Барковская — 2,7 проц., М. Д. Моисеенко — 3,5 проц., А. Л. Каплан — 8,1 проц., Гросс — 10,8 проц., Е. А. Одицова — 11 проц. Высокой является и смертность недоношенных новорожденных (Э. М. Кравец — 7,8 проц., А. Ф. Барковская — 13 проц., А. Л. Каплан с соавторами — 13,3 проц.).

Исход наших преждевременных родов для детей представлен в таблице.

Вес ребенка при рождении	Родилось детей			Умерло новорожденных	Перинатальная смертность
	всего	живыми	мертвыми		
1000 — 1500 г	52	44	8	23	31
1501 — 2000 г	84	72	12	20	32
2001 — 2500 г	267	256	11	16	27
Всего . . .	403	372	31	59	90

Смерть 15 мертворожденных наступила антенатально, 14 — интранатально и 2 — постнатально. Причины мертворождений: внутриутробная асфиксия — 8 плодов, черепно-мозговая травма — 7, уродства — 5, резус-конфликт — 3, не установлены — 8. Основными причинами смерти новорожденных явились: черепно-мозговая родовая травма — 27 детей, пневмония — 11, ателектаз легких с гиалиновыми мембранами — 9. Перинатальная смертность при недонашивании по нашим данным составила 22,3 проц. Частота гибели детей возрастает по мере уменьшения их веса и степени зрелости.

Правильное физическое воспитание и развитие девочек-подростков и девушек является одним из существенных средств в борьбе с недона-

живанием. Важную роль призваны сыграть кабинеты физиологии и патологии развития девочек, в которых акушер-гинеколог осуществляет работу в тесном контакте с педиатром и школьным врачом.

Женские консультации, гинекологические кабинеты промышленных предприятий, сельские участковые врачи и акушерки в своей работе должны больше уделять внимания вопросам профилактики недонашивания.

Строгое выполнение законодательства по охране женского труда, ранняя явка беременных к врачу, своевременное выявление и лечение заболеваний, систематическое наблюдение за развитием беременности, рациональное питание, санитарно-просветительная работа, особенно разъяснение вреда аборта, являются важными факторами профилактики преждевременного прерывания беременности.

ЛИТЕРАТУРА

Астахов С. Н. Гиповитаминоз и недонашивание беременности. «Новости медицины», в. 32, 1952. — Белошапко П. А. Течение и ведение преждевременных родов. «Новости медицины», вып. 32, 1952. — Болгова А. Г. Грипп и недонашивание. Тез. научн. конф. ИАГ АМН СССР, 1949. — Барковская А. Ф. Травматизм плода при недонашиваемости. В кн. Материалы трудов III съезда акушеров-гинекологов Челябинска, 1954, 110—112. — Буханов Я. Г. Недонашивание беременности (этиология, профилактика и терапия). Сб. работ, доложенных на XVI научн. сессии Волгоградского мединститута, 1956, 116—117. — Дробеня З. Ф. Профилактика недонашивания беременности. «Здравоохранение Белоруссии», 1956, 11. — Каплан А. Л. К вопросу этиологии преждевременных родов. Акуш. и гинек., 1939, № 6. — Казанская Н. И. Течение и ведение родов при многоплодной беременности. Сов. мед., 1957, № 2, 30—35. — Камешко К. К. Преждевременные роды в эксперименте и изменение плаценты при них. Тез. докл. Второй республиканской конференции акуш.-гинек. БССР, 1961. — Макаева О. В. Профилактика заболеваемости матерей и новорожденных. Медгиз, 1957. — Мирсагатова Р. С. Витамин Е в лечении и профилактике самопроизвольного преждевременного прерывания беременности (недонашивания). Докт. дисс. Харьков, 1955. — Одинцова Е. А. К вопросу о причинах преждевременных родов. «Здравоохранение Белоруссии» № 10, 1957. — Плотникова З. С. Роды при многоплодной беременности. Сб. работ по акуш. и гинек. Свердловского ин-та ОММ, 1949.
