

ВЕДЕНИЕ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ОТХОЖДЕНИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Н. Ф. ЛЫЗИКОВ

Кафедра акушерства и гинекологии

Литературные данные и наши клинические наблюдения свидетельствуют о высокой перинатальной смертности недоношенных детей. Процент мертворождаемости незрелых плодов колеблется от 2,7 до 11 (А. Ф. Барковская — 2,7%, Е. А. Одинцова — 11,0%). Мертворождаемость при преждевременных родах более чем в 5 раз превышает гибель плодов при срочных родах (Н. Ф. Лызиков с соавторами). Высока и смертность недоношенных новорожденных (Э. М. Кравец — 7,8%, А. Ф. Барковская — 13,0%, А. А. Каплан с соавторами — 13,3%). Смертность среди недоношенных новорожденных в 25 раз выше смертности доношенных (И. П. Иванов). Величина перинатальной смертности недоношенных детей колеблется в различных родо-вспомогательных учреждениях в значительных пределах (по Н. В. Антипиной, она составляет 16,2%, по В. И. Давыдову и Е. М. Левиной — 32,2%, по П. А. Белошапко — 33,9%, по Климент, Штефаник — 58,58%). Перинатальная смертность при недонашивании в нашей клинике в 1958—1960 гг. была 22,3%.

Преждевременное отхождение околоплодных вод, по нашим данным, в 24,0% предшествовало преждевременным родам. Перинатальная смертность при осложнении недоношенной беременности преждевременным отхождением вод в нашей клинике за 1958—1961 гг. составила 23,07%, в том числе мертворождаемость — $11,80 \pm 2,54\%$, смертность в первые 7 дней жизни — $11,27 \pm 2,65\%$. Частота гибели детей возрастает по мере уменьшения их

веса и степени зрелости. В связи с этим понятна целесообразность борьбы за каждую неделю внутриутробного развития плода при осложнении беременности в ранние сроки ее.

По вопросу о ведении недоношенной беременности, осложненной преждевременным отхождением вод, среди акушеров нет единого мнения. Большинство акушеров при этом осложнении недоношенной беременности назначают средства с целью стимуляции родовой деятельности. Я. Г. Буханов считает, что при отхождении околоплодных вод всякие мероприятия по сохранению беременности являются бесцельными. Наблюдения ряда акушеров показывают, что в условиях преждевременного отхождения околоплодных вод возможно продлить недоношенную беременность с целью получения жизнеспособного и более зрелого плода.

В нашей клинике с 1962 г. в случаях преждевременного отхождения вод у женщин с беременностью менее 36 недель, при наличии соответствующих условий, принимаются меры к сохранению беременности. Необходимыми условиями для этого мы считаем: нормальную температуру тела беременной, продольное положение плода, отсутствие признаков инфекции половых органов и регулярных схваток. С целью сохранения беременности назначаем: строгий постельный режим, наблюдение за температурой, пульсом, характером выделений, сердцебиением плода, высотой стояния дна матки и окружностью живота, из медикаментов — прогестерон 0,5% по 1 мл внутримышечно, атропин 0,1% по 0,5 — 1 мл подкожно, свечи с белладонной 0,015 г, концентрат витамина Е по 1 чайной ложке 2 раза в день, триаду Николаева, поливитамины, двууглекислую соду, антибиотики, проводим психотерапию, тщательный туалет наружных половых органов, стерильные подкладные.

Мы изучили исходы для матери и плода недоношенной беременности, осложненной преждевременным отхождением вод, у 67 женщин, которым проводилась терапия с целью сохранения и развития беременности в условиях отхождения околоплодных вод. Первородных было 29, повторнобеременных — 38 женщин. Данные о сроках беременности и времени сохранения недоношенной беременности у женщин с преждевременным отхождением вод отражены в таблице 1.

Таблица 1

**Срок беременности и время сохранения ее в условиях
преждевременного отхождения околоплодных вод**

Срок беременности (недель)	Число женщин	Беременность сохранена (суток)		
		до 7	с 7 до 14	более 14
26—30	17	9	5	3
31—34	23	13	7	3
35—36	27	20	4	3
Всего . . .	67	42	16	9

Из таблицы видно, что нам удалось продлить в условиях отхождения вод недоношенную беременность от 7 до 14 суток у 16 женщин, более 14 суток — у 9 женщин, 3 из них — на срок более месяца. Из 5 беременных 26—27 недель беременность была сохранена в условиях отхождения вод на 5 суток у 1, на 8 суток — у 1, на 15 суток — у 2, на 34 сутки — у 1 женщины. Сохранение беременности в сроки 26—27 недель, когда плод находится на грани жизнеспособности, имеет особо важное значение в борьбе за снижение перинатальной смертности.

Родовая деятельность у 57 беременных с преждевременным отхождением вод, которым проводилась терапия с целью сохранения и развития беременности, началась самопроизвольно, у 10 беременных — после родовозбуждения. Стимуляция родов была проведена в связи с повышением температуры тела у 3 беременных, зрелостью и жизнеспособностью плода — у 3 беременных, гибелью плода — у 2 женщин, поперечным положением плода — у 1 и нарастанием титра резус-антител — у 1 беременной.

Перинатальная смертность недоношенных детей, родившихся после сохранения беременности в условиях преждевременного отхождения вод, составила 30,41%. В группе детей, имеющих вес более 2500 г, 3 родились мертвыми и 1 умер в первые 7 дней жизни. Причиной перинатальной смертности 19 плодов и новорожденных

явились: внутриутробная асфиксия 6 плодов, черепно-мозговая травма — 4, травма других локализаций — 1, ателектаз легких и пневмонии — 3, пупочный сепсис — 1, гемолитическая болезнь — 1, уродства — 2, запущенное поперечное положение (эмбриотомия) — 1 ребенок.

Мы не отметили отрицательного влияния выжидательной методики ведения беременности при отошедших водах на продолжительность родового акта. Продолжительность родов 55 женщин была до 12 часов, 9 рожениц — от 12 до 24 часов и 3 женщин — более суток.

Кровопотеря в родах 46 женщин была физиологической (до 250 мл), 11 рожениц — пограничной (от 250 до 400 мл) и у 10 рожениц — патологической (400 мл и более). Температура во время родового акта у 55 женщин была до 37°, у 12 рожениц — от 37,1 до 37,5°, у 4 женщин — от 37,5 до 38° и у 1 роженицы — выше 38°.

Роды 49 женщин протекали без осложнений. У 18 рожениц наблюдались следующие осложнения: слабость родовой деятельности — у 6, плотное приращение плаценты — у 3, выпадение пуповины — у 3, тугое обвитие пуповины вокруг шеи — у 2, гипотония матки — у 2, эндометрит, задержка части плаценты, ригидность шейки матки, истинный узел пуповины — по 1 роженице. Явления начинающейся асфиксии плода отмечены в 2 родах, асфиксия новорожденных наблюдалась у 3 детей. Оперативные пособия в родах оказаны 15 женщинам: ручное отделение последа — 5, ручное обследование матки — 5, кожно-головные щипцы по Иванову — 2, поворот плода на ножку при неполном раскрытии — 1, акушерские щипцы — 1, эмбриотомия — 1. Большая частота патологии и оперативных пособий в последовом периоде, вероятно, обуславливается более интимной связью детского места со стенкой матки при недоношенной беременности.

Послеродовый период у 61 женщины протекал без осложнений, у 1 родильницы отмечен эндометрит, у 1 — лохиометра, у 3 родильниц — субфебрильная температура без определенного диагноза. Зависимости частоты осложнений в послеродовом периоде от продолжительности сохранения беременности при отошедших водах мы не отметили.

Течение периода новорожденности у 40 детей из 55, родившихся живыми, было нормальным, черепно-мозго-

вая травма отмечена у 5 новорожденных, пневмонией, воспалительными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, гемолитической болезнью заболело 2 ребенка; пупочным сепсисом, кефалогематомой, ателектазом легкого, вторичной асфиксией, переломом ключицы — по 1 ребенку.

Нами произведено патолого-анатомическое исследование 19 плацент при консервативно-выжидательном ведении недоношенной беременности, осложненной преждевременным отхождением вод. При этом в 11 плацентах патологических изменений не выявлено, в 8 плацентах отмечены изменения воспалительного характера. Мы не смогли установить зависимости появления воспалительных изменений от продолжительности периода отхождения вод до начала родового акта.

В ы в о д ы: 1. Недоношенную беременность, осложненную преждевременным отхождением околоплодных вод, при соблюдении определенных условий и проведении мероприятий по профилактике инфекции можно сохранить в условиях стационара до получения жизнеспособного плода. Длительный период отхождения вод при этом не представляет большой опасности для матери, плода и новорожденного.

2. Сохранение беременности в условиях отхождения околоплодных вод можно проводить, когда плод находится на грани жизнеспособности или жизнеспособность его сомнительна.