

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ОТХОЖДЕНИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Н. Ф. ЛЫЗИКОВ, Витебск

Преждевременное отхождение околоплодных вод является одним из частых осложнений беременности и родов, способствующих увеличению процента перинатальной смертности, а также заболеваемости матерей и новорожденных. Частота этой патологии колеблется, по данным различных авторов от 9,7 до 18,1% (З. Н. Павловская, Т. Г. Казарян). Перинатальная смертность при преждевременном отхождении околоплодных вод высокая (Н. И. Казанская — 7,6%, М. А. Пуговишникова, Н. Г. Кошелева, В. А. Фоминых — 6,3%, М. Х. Хамидов — 4,4%). Часто наблюдаются заболевания новорожденных (Р. И. Мовшович — 1,3%).

Преждевременное отхождение околоплодных вод, изученное в нашей клинике на 19 667 родах за 1958—1965 годы, наблюдалось у 3457 женщин. Это осложнение чаще отмечается у первородящих. Процент такой патологии в 2,2 раза выше при недоношенной беременности по сравнению с доношенной.

Мы проанализировали перинатальную смертность при 1797 родах с преждевременным отхождением околоплодных вод (за 1958—1961 годы) и при 1893 родах со своевременным вскрытием плодного пузыря (за 1962 год).

Из полученных данных видно, что при преждевременном отхождении вод перинатальная смертность в 3 раза выше, чем при своевременном вскрытии плодного пузыря, а мертворождаемость в 3,2 раза чаще.

Процент смертности новорожденных в первые 7 дней жизни при преждевременном отхождении вод был в 2,5 раза большим (1,5%), чем в группе детей, родившихся при своевременном отхождении вод (0,6%).

Перинатальная смертность доношенных плодов и новорожденных при преждевременном отхождении вод в 3 раза выше (4,1%), чем в группе детей, родившихся при своевременном вскрытии плодного пузыря (1,4%). Важно отметить, что при преждевременном отхождении вод перинатальная смертность недоношенных плодов и новорожденных в 5,6 ра-

за большая, чем в группе доношенных. Из этого вытекает необходимость сохранения беременности даже в условиях преждевременного отхождения вод с целью получения более зрелого и жизнеспособного плода.

Преждевременное отхождение вод (в 56,7% случаев) сочетается с другими осложнениями беременности, которые сами могут явиться причиной перинатальной смертности и заболеваемости плода и новорожденного. Клинический анализ показал, что только при преждевременном отхождении околоплодных вод перинатальная смертность составляет 2,7%. При сочетании преждевременного отхождения вод с другими осложнениями беременности и заболеваниями перинатальная смертность увеличивается до 9,4%.

Причинами перинатальной смертности при преждевременном отхождении вод явились: черепно-мозговая травма (47,1%), асфиксия (30,2%), пороки развития (7,5%), инфекция (5,8%). Среди причин перинатальной смертности при своевременном вскрытии плодного пузыря черепно-мозговая травма составила только 31,5%, асфиксия — 21%.

Уродства плода при преждевременном отхождении вод наблюдаются чаще (1,75%), чем в случаях рождения при своевременном вскрытии плодного пузыря (0,99%). Инфекционная заболеваемость новорожденных при преждевременном излитии вод выше (10,32%) по сравнению с детьми, родившимися в условиях своевременного отхождения вод (7,29%).

Приведенные данные показывают необходимость проведения во время беременности и родов с преждевременным отхождением вод мероприятий по профилактике асфиксии, черепно-мозговой травмы, инфекции у плода и новорожденного.

Высокие показатели перинатальной смертности, асфиксии, травматизма плода и новорожденного, заболеваемости матери и ребенка при осложнении беременности преждевременным отхождением вод вынуждают к поискам путей рационального ведения беременности и родов при этой патологии. До настоящего времени не существует общепринятой методики ведения беременности и родов при преждевременном отхождении вод. Как правило, в таких случаях учитывается, главным образом, время, прошедшее с момента начала отхождения вод. Лишь отдельные акушеры принимают во внимание и срок беременности.

При решении вопросов, связанных с беременностью и родами, осложненными преждевременным вскрытием плодного пузыря, необходим дифференцированный подход. Следует учитывать при этом не только время, прошедшее с момента начала излития вод, но и ряд других факторов, как наличие родовой деятельности, проявление инфекции, срок беременности, жизнеспособность, состояние, положение и предлежание внутриутробного плода, наличие или отсутствие другой акушерской патологии и сопутствующих беременности заболеваний. Только при учете всех этих факторов в каждом конкретном случае, правильной их оценке можно наметить наиболее верный путь для лучшего исхода беременности и родов у женщин с преждевременным отхождением вод.

Женщинам с преждевременным отхождением вод и регулярной родовой деятельностью для профилактики асфиксии и черепно-мозговой травмы плода и новорожденного мы назначали (при поступлении в роддом и через каждые 8 часов) триаду Николаева, раствор хлористого кальция, витамин С, рутин или викасол, ингаляции кислорода в течение 5 минут через каждые полчаса.

При отсутствии родовой деятельности у беременной мы придерживаемся следующей тактики. Беременным со сроком более 35—36 недель с целью ускорения периода подготовки организма к родам, профилактики асфиксии и черепно-мозговой травмы плода каждые 8 часов назначаем триаду Николаева, эстрогены (0,1% фолликулина или синестрола по 1 мл внутримышечно), хлористый кальций, витамин С, рутин или викасол. Если родовая деятельность не появляется в течение суток, приступаем к родовозбуждению и назначаем антибиотики. У женщин с беременностью менее 35—36 недель при наличии соответствующих условий принимаем меры к сохранению беременности. Необходимыми условиями для этого считаем нормальную температуру тела, продольное положение плода, отсутствие признаков его асфиксии, инфекции и регулярных схваток.

С целью сохранения беременности при преждевременном отхождении вод назначаются строгий постельный режим, прогестерон, свечи с белладонной, витамин Е, поливитамины, двууглекислая сода внутрь, триада Николаева; проводим психотерапию, туалет наружных половых органов после

дефекации, следим за температурой тела, характером выделений, сердцебиением плода, высотой стояния дна матки и окружностью живота, ограничиваем влагалищные исследования. Антибиотики назначаем только в течение первых 4—5 дней, а затем периодически. При повышении температуры, появлении признаков эндометрита, начинающейся асфиксии плода или при достижении плодом достаточной жизнеспособности и зрелости от дальнейшего сохранения беременности отказываемся и назначаем стимуляцию родов.

У беременных с повышенной температурой тела, с резус-отрицательной кровью и наличием антител, неправильным положением плода, с признаками начинающейся асфиксии или внутриутробной смерти его сразу приступаем к родовозбуждению независимо от срока беременности.

При той методике, о которой сказано выше, нами изучена перинатальная смертность у 1023 женщин с преждевременным отхождением вод.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что перинатальная смертность в группе женщин, которым проводились лечебные мероприятия по нашей методике, снизилась почти в два раза (2,88%), в том числе мертворождаемость — в 2,7 раза (1,53%), ранняя детская смертность — в 1,13 раза (1,35%). Частота асфиксии внутриутробного плода при этом уменьшилась с 8,26 до 4,30%, асфиксия новорожденных — с 4,73 до 2,48%. Отмечена тенденция к снижению черепно-мозговой травмы плода с 4,67 до 3,82%.

Наша методика обеспечивает самопроизвольное появление родовой деятельности у 93,05% женщин.

Дальнейшее развитие и здоровье ребенка во многом зависит от состояния его при рождении.

Одним из важных показателей развития ребенка является его вес и рост. Мы изучили средние показатели веса и роста мальчиков и девочек, родившихся при сроке беременности 40—41 неделя у женщин с преждевременным и со своевременным отхождением вод (см. таблицу).

Из приведенных в таблице данных видно, что средние показатели веса и роста детей, родившихся при одном и том же сроке беременности в случаях преждевременного отхождения околоплодных вод, ниже, чем при своевременном вскрытии плодного пузыря.

Мы проанализировали также, что у женщин с преждевре-

Пол и средние показатели физического развития новорожденных	Преждевременное отхождение вод	Своевременное отхождение вод
	1110 мальчиков, 798 девочек	597 мальчиков, 544 девочки
Мальчики		
рост	$51,91 \pm 0,06$ см	$52,15 \pm 0,09$ см
вес	$3589 \pm 11,16$ г	$3626 \pm 14,65$ г
Девочки		
рост	$51,32 \pm 0,06$ см	$51,57 \pm 0,08$ см
вес	$3455 \pm 7,93$	$3658 \pm 12,65$ г

менным отхождением вод чаще рождаются дети весом менее 3000 г.

Таким образом, дети, родившиеся у женщин с преждевременным отхождением вод, физически развиты хуже по сравнению с новорожденными у женщин, у которых плодный пузырь вскрылся своевременно. Это отставание в росте и весе плода не могло произойти только за сравнительно небольшой период преждевременного излития околоплодных вод. Оно, вероятно, связано с отрицательным воздействием на организм матери и плода факторов, обусловивших преждевременное вскрытие плодного пузыря уже в ранние сроки беременности.

Потеря в весе у новорожденных при преждевременном отхождении вод продолжается более длительно, а нарастание начинается позже по сравнению с весом детей, которые родились при своевременном вскрытии плодного пузыря.

В возрасте трех месяцев средний вес и рост мальчиков и девочек при преждевременном и своевременном отхождении вод статистически достоверно не отличались. К концу третьего месяца жизни средний вес мальчиков при преждевременном отхождении вод составил $6265 \pm 45,63$ г, девочек — $5741 \pm 42,45$ г, величина этих показателей у детей, которые родились при своевременном вскрытии плодного пузыря, была для мальчиков $6282 \pm 50,45$ г и для девочек — $5848 \pm 49,98$ г.

Показатели роста мальчиков в возрасте трех месяцев, родившихся при преждевременном отхождении вод, были

60,24 ± 0,25 см, девочек — 59,99 ± 0,23 см. Не наблюдалось особых различий средних показателей веса и роста изучаемых групп детей в возрасте 6 и 12 месяцев. Дети, которые родились при преждевременном отхождении вод, к году утраивали свой вес. Это соответствует нормальной динамике веса доношенных детей.

Соответствующий анализ показал, что у детей, родившихся при преждевременном отхождении вод, развитие статических функций и прорезывание зубов происходит в сроки, характерные для нормального развития ребенка, однако запаздывает по сравнению с детьми, рождение которых происходило в условиях своевременного вскрытия плодного пузыря. Процент начавших ходить в возрасте старше года в группе детей, родившихся при преждевременном отхождении вод, среди мальчиков в 1,5 раза (15,21%), а среди девочек — в 1,8 раза (16,79%) больше по сравнению с детьми, родившимися при своевременном вскрытии плодного пузыря.

Нами отмечена более высокая заболеваемость сепсисом и пневмонией у детей, родившихся при преждевременном отхождении вод. В группе детей, родившихся при своевременном вскрытии плодного пузыря, заболеваемость сепсисом и пневмонией в течение первого года жизни значительно ниже.

Причинами смерти детей при преждевременном отхождении вод были: пневмония, сепсис, токсическая диспепсия, грипп, дизентерия и другие заболевания.

Дети, родившиеся при преждевременном отхождении вод, начали произносить первые слова приблизительно в 11 месяцев. В контрольной группе дети начали разговаривать раньше. Наблюдается тенденция к более раннему развитию речи у девочек, родившихся при своевременном вскрытии плодного пузыря. Мы считаем, что, причиной более медленного развития речи, а следовательно, и психического развития детей, является не само преждевременное отхождение вод, а высокий процент асфиксии, травматизма и заболеваемости таких детей.

На основании изученных нами данных можно сделать следующие выводы:

Осложнение беременности и родов преждевременным отхождением вод повышает процент перинатальной смертности, заболеваемости, способствует наступлению асфиксии, череп-

но-мозговой травмы плода и новорожденного. Основными причинами перинатальной смертности в таких случаях являются асфиксия и черепно-мозговая травма новорожденных.

Методика дифференцированного подхода к ведению беременности и родов у женщин с преждевременным отхождением вод обеспечивает более благоприятный исход как для матери, так и для ребенка.

Физическое развитие доношенных детей, родившихся при преждевременном отхождении вод, ниже, чем при своевременном вскрытии плодного пузыря. В дальнейшем физическое развитие детей; родившихся при преждевременном и своевременном отхождении вод, в основном не отличается.

Развитие статических функций и прорезывание зубов у детей, родившихся при преждевременном отхождении вод, происходит в сроки, характерные для нормального ребенка, однако запаздывает по сравнению с детьми, рождение которых происходило в условиях своевременного вскрытия плодного пузыря. Формирование функции речи у детей при преждевременном отхождении вод происходит более медленно, чем в группе детей, родившихся при своевременном вскрытии плодного пузыря.