

**ДЕТОРОДНАЯ, МЕНСТРУАЛЬНАЯ ФУНКЦИИ
И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

Лызигов Н. Ф., Супрун Л. Я. (Витебск)

Изменения, происходящие в организме женщины после преждевременных родов, пока изучены недостаточно. В литературе нам не встретилось специальных исследований и клинических

наблюдений, посвященных этому вопросу. Как правило, обследованию и лечению вне беременности подвергаются лишь женщины, страдающие самопроизвольными абортами. Вместе с тем многие этиологические факторы невынашивания, а также возникающие при преждевременных родах осложнения могут оказывать отрицательное влияние на здоровье женщины и в последующем. Исходя из этого, изучение состояния здоровья, детородной и менструальной функций женщин, имевших преждевременные роды, представляет клинический интерес.

Нами изучен анамнез, исход предыдущих беременностей, гинекологическая заболеваемость, течение родов и послеродового периода у 205 женщин с преждевременными и у 100 женщин со срочными родами. Состояние здоровья после родов у этих женщин прослежено от 2 до 13 лет. По возрасту обе группы существенно не отличались. Преждевременные роды в 58,5% женщин наблюдались при первой беременности. В группе женщин со срочными родами первородящих было 42%.

Самопроизвольные аборты в анамнезе женщин первой группы отмечены в 5,3%, преждевременные роды — в 6%. У женщин со срочными родами самопроизвольные аборты были в 2%. Преждевременные роды в 28—32 недели беременности наступили у 23,4% женщин, в 33—36 недель — у 33,2% и в 37—38 недель — у 43,4% женщин.

С. М. Беккер (1970) и другие авторы одной из частых причин преждевременных родов считают инфекцию. По данным А. Б. Пластунова (1959), у страдающих недонашиванием беременности в 28,5% наблюдается воспаление матки. Среди наших женщин инфекция как причина преждевременных родов выявлена в 27,3%. При этом гистологическое исследование плаценты позволило выявить базальный децидуит, плацентит, villuzит, воспалительные изменения в плодных оболочках.

Причиной преждевременных родов у 24,4% женщин было преждевременное излитие околоплодных вод, у 16,6% — многоводие, многоплодие, аномалии прикрепления плаценты и другие осложнения, связанные с беременностью, у 11,2% — позднее половое сношение, у 7% — сердечно-сосудистые заболевания, у 2% — инфантилизм и у 6,1% женщин — поздние токсикозы беременных.

К частым причинам недонашивания беременности относится предшествующее искусственное прерывание беременности. В. И. Бодяжина (1971) отмечает, что среди причин невынашивания беременности особое место занимают искусственные аборты,

вызывающие изменения в нервной, эндокринной, половой (воспалительные и дистрофические процессы, функциональная недостаточность эндометрия, синехии, истмико-цервикальная недостаточность) и других системах. У обследованных нами женщин предшествующие искусственные аборты явились причиной преждевременных родов в 5,4%. Наблюдалась прямая зависимость между количеством абортот и частотой недонашивания. Поэтому важной задачей является разъяснение населению, что аборт не только приводит к гибели плода данной беременности, но нередко обуславливает бесплодие или угрожает жизнеспособности будущих детей.

В течении преждевременных родов чаще, чем при срочных, наблюдалось преждевременное излитие околоплодных вод (30,3%), многоводие, плотное приращение плаценты или задержка частей ее, гипотония матки, разрывы мягких родовых путей и другая патология. Осложнения при преждевременных родах отмечены в два с лишним раза чаще (51,2%) по сравнению с родами в срок (22%). Оперативные пособия оказывались в 29,3% случаев преждевременных родов. Патологическое течение послеродового периода при преждевременных родах наблюдалось у 15,5% женщин, а при родах в срок — у 7% родильниц.

Особенности течения преждевременных родов и анатомо-физиологическая незрелость недоношенного плода требуют от акушера определенной методики их ведения. В нашей клинике функционирует специальное отделение для преждевременных родов и выхаживания недоношенных детей, которое имеет отдельный родовой блок и оборудованные соответствующим образом палаты для новорожденных. При ведении преждевременных родов к влагиалищному исследованию прибегаем по строгим показаниям, соблюдая осторожность при пальпации швов и родничков. В первом периоде родов назначаем спазмолитические средства (но-шпа 0,004, промедол 2% — 1 мл подкожно и др.). С целью профилактики асфиксии и черепно-мозговой травмы плода каждые 6 часов назначаем рутин по 0,04 с аскорбиновой кислотой, триаду Николаева, регулируем силу родовой деятельности, особенно в периоде изгнания. Силу потуг уменьшаем глубоким дыханием, ингаляцией кислорода, положением женщины на боку, исключением «вожжей» и назначением 25% сернокислой магнезии (20 мл внутримышечно), 2% раствора промедола (1 мл подкожно). При недостаточной эффективности этих мероприятий роженице дается рауш-наркоз. Для уменьшения травмирующего влияния на головку плода мышц тазового дна с целью расслаб-

ления их проводим пудендальную анестезию. У всех первородящих и при высокой ригидной промежности у повторнородящих делаем перинеотомию, роды проводим без защиты промежности. При затяжных родах и длительном безводном периоде профилактически назначаем сульфаниламиды и нитрофураны.

В случае преждевременного излития околоплодных вод у беременных до 35 недель, при наличии определенных условий, принимаем меры к продолжению беременности с целью доразвивания плода (Н. Ф. Лызиков, 1967, 1971).

При ведении преждевременных родов такие операции, как кожноголовные щипцы, кольпелриз, не применяем. Преждевременные роды и первичный туалет недоношенного новорожденного проводим под постоянным обогревом. Для повышения общего тонуса и резистентности к инфекции недоношенным новорожденным вводим внутримышечно в ягодичу 7—10 мл пуповинной крови, назначаем гамма-глобулин.

Отдаленные исходы преждевременных и срочных родов мы изучили спустя 2—4 года и через 8—13 лет после родов. При этом стремились выявить время становления и особенности течения менструаций после родов, изучить исход последующих беременностей и гинекологическую заболеваемость после преждевременных родов.

Средняя продолжительность кормления грудью преждевременно родившихся детей составила $6,3 \pm 0,5$, а родившихся в срок — $6,9 \pm 0,5$ месяца. После преждевременных родов у кормящих грудью женщин менструации начались в среднем через $3,6 \pm 0,3$ месяца, а после родов в срок — спустя $5,0 \pm 0,3$ месяца. У женщин с преждевременными родами, несмотря на одинаковую продолжительность кормления грудью детей, менструации возобновились в среднем на 1,4 месяца раньше, чем после родов в срок ($p < 0,1\%$).

У женщин, не вскармливавших грудью, после преждевременных родов менструации начались через $1,6 \pm 0,2$ месяца, а у некормящих грудью после срочных родов — спустя $2,6 \pm 0,4$ месяца ($p = 1,2\%$). Женщины, беременность у которых прервалась в 28—32 недели, кормили грудью детей $7,4 \pm 1,2$ месяца, вместе с тем менструации у них возобновились спустя $3,5 \pm 0,8$ месяца.

У 19% женщин после преждевременных родов наблюдались нарушения менструальной функции, в том числе по типу ановуляторных циклов — у 9,8% и меноррагии — у 8,2%. У 0,9% женщин изменилась продолжительность менструального цикла и у 0,9% — уменьшились боли во время менструации, наблюдав-

шиеся до родов. После срочных родов меноррагии отмечены лишь у 3% женщин. У 6% женщин после срочных родов нормализовался нарушенный до родов цикл менструаций, у 10% — исчезли имевшиеся до родов боли во время менструации.

Анализ чадородной функции позволил установить, что у женщин после преждевременных родов в 7,3% наступило бесплодие. Забеременели 109 женщин, из них 64 неоднократно. Роды в срок были у 25 женщин, преждевременные — у 16, беременность закончилась абортom у 66 женщин, в том числе самопроизвольным — у 7. Внематочная беременность наблюдалась в двух случаях.

До преждевременных родов гинекологические заболевания отмечены у 11,2% женщин. У 103 женщин, обследованных через 2—4 года после преждевременных родов, гинекологическая заболеваемость в анамнезе наблюдалась у 24%, а у обследованных 102 женщин спустя 8—13 лет после преждевременных родов — у 51%. Среди гинекологических заболеваний большой удельный вес цервицитов, эрозий шейки и воспалений придатков матки. В группе женщин, родивших в срок, гинекологические заболевания до родов были в 9%, спустя 2—4 года после родов они отмечены в анамнезе 15% женщин.

Результаты наших клинических наблюдений позволяют сделать следующее заключение.

В структуре причин преждевременных родов значительное место занимают острые и хронические инфекции, искусственные аборты, преждевременное излитие околоплодных вод и поздние токсикозы беременных. В течении преждевременных родов часто наблюдаются осложнения и после родов выявляются заболевания воспалительного характера.

После преждевременных родов быстрее, чем после родов в срок, наступают менструации и у многих женщин протекают с нарушениями. У женщин с преждевременными родами в последующем нередко наступает бесплодие или невынашивание беременности. После преждевременных родов выявляется более высокая гинекологическая заболеваемость, чем у женщин, имевших роды в срок.

Женщины после преждевременных родов имеют потенциальную угрозу повторного возникновения данной патологии. Поэтому они нуждаются в диспансеризации, в задачу которой входит тщательное обследование женщин с целью выяснения и устранения причин преждевременных родов и способствующих им факторов в небеременном состоянии, а также разработки реко-

мендаций по ведению наступившей беременности (режим труда, отдыха, профилактическое лечение, антенатальная охрана плода и др.).