

Ю. А. Виноградова и С. В. Корнилова (Горький). О некоторых причинах слабости родовой деятельности и ее лечения

Несвоевременное отхождение вод, по литературным данным и нашим наблюдениям, не только ведет к удлинению родов, но и повышает процент осложнений в родах.

Меньшая средняя продолжительность родов и небольшая кровопотеря нами установлены как у первородящих, так и у повторнородящих без абортов в анамнезе. Если у первобеременных первородящих общая средняя продолжительность родов составляла 15 час. 32 мин., то у первородящих, у которых в анамнезе были аборты, она увеличивалась до 17 час. 27 мин. Соответственно увеличивалась средняя продолжительность родов у повторнородящих, у которых были аборты, с 7 час. 4 мин. до 8 час. 35 мин.

Наибольшее число абортов в анамнезе нами отмечено у рожениц с первичной слабостью схваток. Из 249 женщин этой группы аборты в анамнезе были у 137 (55%). Эти данные свидетельствуют, что после выскабливаний полости матки наступает слабость родовой деятельности с самого ее начала.

Учитывая при несвоевременном отхождении вод возможно временную, непродолжительную первичную слабость схваток, мы, кроме собирания анамнестических данных о характере схваток, тщательно проводили наблюдение за роженицей в течение 5—6 час. и только после этого прибегали к назначению родостимулирующей терапии. При недостаточном открытии шейного канала для установления преждевременного отхождения вод мы применяем зеркальное обследование. При одновременном надавливании рукой на дно матки можно видеть излитие вод из шейного канала. Если из-за высокого разрыва оболочек и медленного подтекания вод диагноз несвоевременного их отхождения поставить трудно, мы исследуем влагалищное содержимое по методу Л. Е. Зейванга. В случае несвоевременного отхождения вод, отсутствия или слабого развития схваток мы назначаем родостимулирующую терапию.

После изучения действия различных родостимулирующих средств в отдельности и в комбинации друг с другом путем записи схваток на кимографе, мы составили схемы 2а и 3, которые за последние годы широко применяем.

Схема 2а. Вначале даем две столовые ложки касторового масла, затем через каждые 30 мин. — последовательно внутрь акрихин 0,03—0,05 и витамин В₁ 50 мг; акрихин 0,03—0,05; ставим клизму из гипертонического раствора (200 мл); несколько раз подожкожно вводим питуитрин 0,2 мл; внутрь акрихин 0,03—0,05 и витамин В₁ 50 мг; внутрь акрихин 0,03—0,05 и вводим питуитрин третий и четвертый раз. При недостаточном развитии схваток акрихин можно повторить еще два раза. Последний прием акрихина сочетается с внутривенным введением 40 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой (200—400 мг). При отошедших водах в начале и в конце стимуляции проводится триада Николаева.

Ввиду того, что питуитрин дает в отдельных случаях нежелательное повышение АД, а в литературе есть описание положительных результатов от применения пахикарпина, не повышающего АД, мы составили схему 3, заменив питуитрин пахикарпином (Казанский мед. ж., 1964, 4).

Мы применили схему 2а у 130 первородящих и 92 повторнородящих. Полностью мы ее провели у 163 из 222 рожениц, у остальных после применения первых доз акрихина, питуитрина и витамина В₁ родовая деятельность развивалась хорошо, и продолжать родостимуляцию не было необходимости. Включая в схему Са, глюкозу с аскорбиновой кислотой, мы учитывали общее утомление, в особенности при вторичной слабости схваток, которое наблюдалось у 35 рожениц.

От лечения по нашим схемам (строго индивидуально и избирательно) мы получили хорошие результаты. Несмотря на то, что большое число рожениц было без открытия шейки матки, мы часто назначали лечение по схеме 2а в целях вызывания родовой деятельности. Родоускоряющий эффект при схеме 2а был несколько выше, чем при схеме 3.

Как по литературным данным, так и по нашим наблюдениям, у рожениц с несвоевременным отхождением вод, у которых в анамнезе были аборты, роды гораздо чаще сопровождаются осложнениями и оперативными вмешательствами. Щипцы и вакуум-экстрактор накладывались у 8,2% наблюдавшихся нами рожениц (среднегодовой процент за этот период составлял 3,7). Кесарево сечение производилось у 12 рожениц (3,4%, среднегодовой — 3%). Обследование рукой полости матки в связи с кровотечением производилось у 63 рожениц (17,8%, среднегодовой — 9%). Резорбционная лихорадка в послеродовом периоде отмечена у 18 рожениц (5,1%). Эндометрит в родах наблюдался у одной роженицы с затяжными родами (вес плода 6000,0).

Асфиксия плода была в 31 случае, что составляет 8,8% (среднегодовой — 2%). Благодаря вышеизложенным методам ведения родов и борьбы с асфиксией плода и новорожденного все родившиеся младенцы с асфиксией были оживлены.

Мертворождений было 7 (1,98%, среднегодовой — 1,5%).