

ВЛИЯНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ОТХОЖДЕНИЯ ВОД НА ТЕЧЕНИЕ РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И НА ПЛОД

Т. А. Миронова

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Преждевременное отхождение вод является частым осложнением родов, по литературным данным встречается в 25—28% и не имеет тенденции к снижению.

Существующая на сегодня номенклатура отхождения вод сбивчива и нечетка. Мы пользуемся классификацией, предложенной проф. П. В. Маненковым, которая выделяет следующие четыре вида отхождения вод: преждевременное — до родов, преждевременное — в I периоде родов (до полного открытия), своевременное — при полном открытии зева и запоздалое — во II периоде родов.

Преждевременное отхождение вод при недоношенной беременности способствует ее прерыванию. Недонашивание же занимает первое и ведущее место среди других причин перинатальной смертности. Б. И. Копелейшвили, П. А. Белошапко, А. Л. Каплан, Брандер, Опитц исчисляют смертность недоношенных от 13,3 до 70%. Следовательно, проблема недонашивания имеет социальное значение.

Нами поставлена задача продлить беременность при преждевременно отошедших водах и недоношенной беременности. Выжидательная тактика при этом осложнении может быть оправдана только в том случае, если длительный безводный период безвреден для матери и новорожденного. Поэтому мы решили на большом статистическом материале проверить влияние длительного безводного периода на течение родов, послеродового периода и на плод.

Наш материал основан на изучении 4355 историй родов родильного отделения Республиканской клинической больницы за 1957—1963 годы. У 728 женщин было преждевременное отхождение вод до родов, у 1424 — до полного открытия и у 2203 — своевременное отхождение вод. Преждевременных родов было 305.

Первородящие и повторнородящие в возрасте 25 лет и старше преобладали в группе с преждевременным отхождением вод (соответственно 55,19% и 92,82%) по сравнению с контрольной группой (37,75% и 86,58%). Следовательно, преждевременное отхождение вод чаще бывает у перво- и повторнородящих женщин в пожилом возрасте.

Продолжительность родов при отхождении вод до родов и в первом периоде имеет некоторые свои особенности (табл. 1).

Таблица 1

Влияние отхождения вод на продолжительность родов

Средняя продолжительность	Первородящие			Повторнородящие		
	дородовое	до полн. открыт.	своевременное	дородовое	до полн. открыт.	своевременное
Родовой акт в целом . . .	13 ч. 24 м.	18 ч. 52 м.	17 ч. 5 м.	7 ч. 45 м.	11 ч. 51 м.	10 ч. 4 м.
С вызыв. род. деят. . . .	18 ч. 1 м.	—	—	5 ч. 45 м.	—	—
Без вызыв. род. деят. . . .	10 ч. 21 м.	—	—	8 ч. 22 м.	—	—
С усилен. род. деят. . . .	22 ч. 30 м.	32 ч. 7 м.	35 ч. 47 м.	19 ч. 4 м.	12 ч. 3 м.	21 ч. 40 м.
Без усилен. род. деят. . . .	14 ч. 33 м.	13 ч. 13 м.	14 ч. 15 м.	9 ч. 30 м.	7 ч. 58 м.	9 ч. 42 м.

Продолжительность родового акта у перво- и повторнородящих при дородовом отхождении вод закономерно укорачивается ($p < 0,001$), при отхождении вод до полного открытия — удлиняется (у первородящих $p < 0,01$, но $> 0,001$; у повторнородящих $p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой.

Длительность латентного безводного периода, по нашим данным, не влияет на продолжительность родового акта, что противоречит мнению Е. Я. Ставской с соавторами (1941) и А. А. Васильковой с Р. Г. Миловановой (1954) и согласуется с данными Л. Г. Бадмаевой (1959), С. Д. Парадело (1958) и других.

Вызывание родовой деятельности у первородящих с дородовым отхождением вод было предпринято у 148, у повторнородящих — у 52; выжидательное ведение латентного безводного периода было у 238 первородящих и у 283 повторнородящих. Средняя продолжительность родового акта у первородящих с вызыванием родовой деятельности существенно удлиняется ($\Theta = 5,09$), у повторнородящих — укорачивается ($\Theta = 4,9$). Большая продолжительность родового акта у первородящих с

вызыванием родовой деятельности может быть объяснена тем, что вызывание произошло при недостаточной гормональной подготовленности организма беременной к родам и отсутствии морфологических признаков готовности шейки матки к родам (шейка сформирована). Средний латентный безводный период у первородящих (9 ч. 58 м.) существенно не отличается от такового у повторнородящих (11 ч. 55 м. $\Theta = 1,18$).

Таблица 2

Осложнения в родах

Характер осложнений	Дород. отх. вод	Отхожд. вод до полн. открытия	Своевременное отхожден. вод
Слабость род. деят.	71/9,74 ¹⁾	239/16,77	298/8,98
Выпадение пуповины	10/1,37	21/1,47	7/0,31
Приращение последа	5/0,68	7/0,49	15/0,69
Задержка оболочек и частей последа	15/2,05	12/0,84	27/1,23
Ригидн. шейки матки	18/2,47	57/3,3	27/1,23
Разрыв матки	—	2/0,14	3/0,13
Разрыв шейки матки	42/5,77	129/9,05	86/3,9
Разрыв промежности	84/11,53	200/14,04	215/9,76
Запуш. попер. пол. плода	6/0,82	7/0,50	1/0,05
Повышение t° в родах	11/1,51	19/1,33	1/0,04

¹ В знаменателе — процентное отношение.

Осложненное течение родов превалирует у рожениц с отхождением вод до полного открытия (47,93%) по сравнению с дородовым (36,94%) и своевременным отхождением вод (26,32%). У рожениц с преждевременным отхождением вод и особенно с отхождением вод до полного открытия отмечается преобладание таких осложнений, как слабость родовой деятельности, выпадение пуповины, задержка оболочек и частей последа, ригидность шейки матки, повреждения мягких родовых путей, запущенное поперечное положение плода, повышение температуры в родах. Эти данные позволяют рассматривать преждевременное отхождение вод как следствие акушерской патологии.

Средняя кровопотеря в 3 анализируемых группах существенно не отличается ($p > 0,5$) и равна соответственно 218,2; 228,9 и 224,9 мл.

Таблица 3

Частота применения некоторых оперативных вмешательств в родах

Название операции	Дород. отх. вод	До полн. откр.	Своеврем.
Налож. акушерских щипцов	8/1,09	11/0,77	5/0,23
Налож. вакуум-экстрактора	16/2,19	23/1,61	19/0,86
Плдоразрушающие операции	11/1,50	28/1,98	9/0,4
Акушерский поворот	4/0,55	5/0,35	7/0,32
Экстракция плода за тазовый конец	14/1,92	9/0,63	13/0,59
Кесарево сечение	5/0,68	12/0,84	26/1,18
Внутриматочн. вмешательство	54/7,38	90/5,64	130/5,71
Кожно-головн. щипцы по Иванову	9/1,23	20/1,40	10/1,45
Надвлагалищ. ампут. тела матки	—	1/0,07	1/0,04
Экстирпация матки	1/0,13	—	2/0,09
Перинеотомия	30/4,12	62/4,42	65/2,94
Швы на влагалищной части шейки матки	42/5,77	129/9,05	86/3,90

Общее количество оперативных вмешательств преобладает при дородовом отхождении вод (26,56%) и отхождении вод до полного открытия (26,76%) по сравнению с контрольной группой (17,71%).

Увеличение процента оперативных вмешательств при дородовом отхождении вод происходит за счет наложения акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, экстракции плода за тазовый конец и внутриматочных вмешательств. При отхождении вод до полного открытия преобладают плдоразрушающие операции и операция наложения кожно-головных щипцов по Уилт — Иванову.

Осложненное течение послеродового периода превалирует при отхождении вод до полного открытия (23,93%) по сравнению с дородовым (21,71%) и своевременным

отхождением вод (17,75%). Послеродовая инфекция носила локализованный характер. Общесептических заболеваний и смертных исходов на 4355 родов на нашем материале не наблюдалось. Средний койко-день в 3 группах равен соответственно 9,7; 9,8 и 9,5 и существенно не отличается ($p > 0,05$). Сведения о влиянии времени.

Таблица 4

Влияние времени отхождения вод на жизнь плода и новорожденного

	Дородовое	До полн. откр.	Своевремен.
Общая мертворождаемость	33/4,47	71/4,92	49/2,18
Редуцирован. мертворожд.	23/3,11	58/4,02	37/1,62
Родившихся в асфиксии	65/8,8	152/10,54	121/5,39
Из родив. в асф. неживл.	6/9,23	4/2,13	7/5,78
Умерло в клинике	11/1,49	15/1,04	22/0,99
Общая смертн. новорожденных	44/5,96	86/5,96	71/3,16
а) доношенных	25/3,82	67/4,9	46/2,20
б) недоношенных	19/21,10	19/25,67	25/15,62

Показатели исхода родов для плода более неблагоприятны в группе рожениц с дородовым отхождением вод и отхождением вод до полного открытия, что следует поставить в зависимость от преобладания акушерской патологии и процента оперативных вмешательств в данных группах.

Преждевременное отхождение вод, являясь следствием акушерской патологии, в свою очередь может быть неблагоприятным в смысле асцендирования инфекции. Поэтому при продлении беременности у женщин с недоношенной беременностью и отошедшими водами следует учитывать более высокий процент повышения температуры в родах и проводить профилактику инфекционных осложнений матери и плода.

ВЫВОДЫ

1. Преждевременное отхождение вод является частым (по нашим данным — 1: 28,6%) осложнением родов.
2. Дородовое отхождение вод ускоряет, а отхождение вод до полного открытия — замедляет родовой акт.
3. Продолжительность безводного периода не влияет на величину кровопотери в последовом и раннем послеродовом периоде.
4. Процент акушерских осложнений выше в группе рожениц с отхождением вод до полного открытия.
5. Исход родов для плода менее благоприятен при преждевременном отхождении вод (по сравнению с контрольной группой), что, по-видимому, связано не столько с отхождением вод, сколько с той патологией, которая приводит к преждевременному разрыву плодного пузыря.
6. Ввиду опасности асцендирования инфекции при преждевременном отхождении вод следует проводить профилактику последней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадмаева Л. Г. Акуш. и гинек., 1959, 6. — 2. Белошанко П. А. Новости медицины. 1952, вып. 32. — 3. Василькова А. А. и Милованова Р. Г. Тр. Ижевского мед. ин-та, том XV, Ижевск, 1954. — 4. Каплан А. Л. Акуш. и гинек. 1939, 6. — 5. Копалейшвили Б. И. Тр. Тбилисского мед. ин-та, Тбилиси, 1948, том V. — 6. Маненков П. В. Тр. Казанского мед. ин-та, 1948, 2. — 7. Ставская Е. Я. и др. Акуш. и гинек. 1941, 1. — 8. Brander T. Monatschr. Kinderh. 1939, 77. — 9. Opitz, G. Über die Ursachen der Frühgeburt. Berlin. Veb. Verlag. Volk und Gesundheit, 1956. — 10. Paradelo C. D. Senana med. 1958, 6.

Поступила 7 июля 1964 г.