Epub 2017 Nov 6. Myomas and Adenomyosis: Impact on Reproductive Outcome. Vlahos NF1, Theodoridis TD2, Partsinevelos GA3.
18. Cardozo E.R., Clare A.D., Banks N.K., Henne M.B. Treestimated annual cost of uterine leiomyomatain the United States // Am J Obstet Gynecol 2012; 206: 3: 211-219.;
19. Efficacy and tolerability of CDB-2914 treatment for symptomatic uterine fibroids: a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase lib study

К вопросу о тактике ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода

Каттаходжаева М. Х., Умаров З.М., Сафаров А.Т., Сулейманова Н.Ж., Абдуллаева Л.С.
Ташкентский государственный стоматологический институт
Самаркандский государственный медицинский институт

Тазовые предлежания плода остаются актуальной проблемой во время родов и встречаются с частотой 3 - 5 % от всех родов [1,4,5]. У женщин с тазовым предлежанием плода на 60% повышены риски развития фетоплацентарной недостаточности и последующей гипотрофии плода. В состоянии нехватки полезных веществ, витаминов и кислорода у малыша недостаточно хорошо и быстро развиваются нервная и пищеварительная системы, есть проблемы с эндокринной системой и работой сердца и сосудов.

При этом, с началом родовой деятельности, может наблюдаться несвоевременное отхождение околоплодных вод, которое способствует развитию слабости родовой деятельности и затяжных родов, выпадению мелких частей плода и пуповины. Со стороны плода наблюдаются такие осложнения как асфиксия, внутричерепная родовая травма, кефалогематома, переломы конечностей, травмы внутренних органов. Со стороны матери наиболее частыми являются травмы мягких родовых путей, кровотечения, послеродовые гнойно-воспалительные осложнения (эндометрит) [1,3,4].

При ведении родов с тазовым предлежанием плода с целью снижения материнского травматизма и заболеваемости, травм со стороны плода врачи зачастую предпочитают оперативное родоразрешение [2,3].

Такой подход к ведению родов способствовал снижению инфекционных осложнений, черепно-мозговых травм и других вышеперечисленных осложнений со стороны плода [3,4].

На сегодняшний день оперативное родоразрешение путем кесарева

сечения при тазовых предлежаниях плода по статистике составляет 40-82% [1].
В то же время, увеличение операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода привело к повышению числа женщин с рубцом на матке, которые являются при последующей беременности кандидатами на повторное оперативное родоразрешение [2,4,5]. Несколько десятилетий назад акушеры - гинекологи практиковали применение наружного акушерского поворота при тазовых предлежаниях в сроках 34-35 недель беременности. Однако данный метод не нашёл широкого распространения ввиду его низкой эффективности. В большинстве случаев ввиду маленьких размеров плода до наступления срока родов он приобретал вновь тазовоепредлежание. Кроме того, нередко поворот заканчивался преждевременными родами.
В последние годы в литературе появляются данные об альтернативных способах ведения беременности и в последующем - родов при тазовых предлежаниях плода с использованием наружного поворота плода на головку в сроках 38-39 ндель. Также в мировой практике имеются клинические руководства по проведению наружного поворота при доношенной беременности.
Данный метод, по мнению исследователей, снижает показатель оперативных родоразрешений, перинатальной патологии и смертности. Роды при успешном повороте плода протекают в головном предлежании через естественные родовые пути [1,4,5].
Цель исследования: Изучение эффективности наружного акушерского поворота на головку при тазовых предлежаниях плода в целях снижения перинатальных осложнений.
Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением
находились 134 беременные с тазовым предлежанием плода в условиях семейной поликлиники № 1 и 2 г. Самарканда, а также СВП Пайарыкского района, которые поступили на роды в акушерский комплекс №2 г. Самарканда. Возраст беременных варьировал от 18 до 36 лет, первобеременных было -73 (56 %), повторнобеременных-61(44%). Исход предыдущих родов у повторнобеременных выглядит следующим образом: роды вголовномпредлежании происходили у 46 женщин, у 15 беременных предыдущие роды были в тазовом предлежании и проходили с использованием пособия Цовьянова. Новорожденные, родившиеся в головном предлежании были удовлетворительном состоянии, все живы. Роды в тазовом предлежании осложнились слабостью родовой деятельности и проводилась стимуляция окситоцином. Все дети в тазовом

предлежании родились в асфиксии различной степени тяжести. 3 новорожденных погибли в раннем неонатальном периоде и двое на 1-м году жизни.

Все беременные были взяты на диспансерный учёт в 1-м триместре, им проводилось обследование: УЗИ матки и других органов, общие анализы крови и мочи, ЭКГ, велось амбулаторное наблюдение
У 40 женщин из 134 находившихся под нашим наблюдением в сроке 37 - 38 недель были выявлены противопоказания к наружному повороту плода на головку. У 14 женщин из 40 при УЗИ было выявлено обвитие пуповины вокруг шеи плода, у 5 беременных была выявлена низкая плацентация, у 12 женщин в сроке 37 - 38 недель началась активная родовая деятельность. У оставшихся 9 беременных произошло дородовое излитие околоплодных вод.
42 (31,8 %) женщинам основной группы из 134, находившихся под наблюдением беременных стазовымпредлежанием, был произведен наружный акушерский поворот плода на головку в сроках 37-39 недель. 19 из пациенток были первобеременные и 23-повторнобеременные. Перед поворотом тщательно определяли предполагаемую массу плода, которая была в среднем 3 300,0 ±250,0 гр. У повторнобеременных предыдущие роды были в головном предлежании или тазовом предлежании с консервативным родоразрешением с использованием пособия по Цовьянову. Операции кесарева сечения или других операций на матке в прошлом у обследованных не было.
Перед применением наружного поворота проводилось консультированние беременных и их родственников, разъяснены цель и ход манипуляции, также говорилось о возможных осложнениях. После консультирования и получения информированного согласия на проведение поворота проводилось тщательное обследование объективными и субъективными методами, а также УЗИ, устанавливался точный срок беременности, состояние плода, вид, позиция, характер плацентации. Операция наружного поворота плода на головку проводилась по имеющимся международным стандартам с применением спазмолитиков постепенно, медленно по принципу «головка в сторону грудной клетки, ягодицы в сторону спинки». Каждые 5-10 минут проводился контроль сердцебиения плода. Общая продолжительность поворота составляла в 25-30 минут. При неудаче первой попытки, давали отдых в течении 20-30 минут. В 3 случаях поворот был совершён с двух попыток и в одном случае - с третьей попытки.
После поворота проводилось УЗИ для определения результата поворота, состояния матки и плаценты, проводилось тщательное мониторирование состояния плода до наступления родов. Контрольные осмотры проводились каждые 3-4 дня до наступления родов.
290
У 3-х повторнобеременных (7,1 %) и 5 первобеременных (12 %), т.е. у 19, 1% пациенток на 8-10 сутки после манипуляции произошёл самопроизвольный поворот плода на тазовый конец. У 5 (12 %) беременных через сутки после поворота началась родовая деятельность и роды произошли без осложнений в головном предлежании. Случаев отслойки

плаценты не наблюдалось.
29 беременных (69%) после поворота плода на головку родоразрешились в головном предлежании в срок. Масса новорожденных составила в среднем 3250,0 ±230,0 г, они были оценены по шкале Апгар на 8 - 10 баллов. Со стороны матери осложнений в родах и послеродовом периодах не наблюдалось.
Таким образом, у 19,1% пациенток поворот на головку был неэффективен и роды произошли в тазовом предлежании. В остальных случаях (80,9%) поворот на головку был успешным.
В группе сравнения, где не применялся поворот, у 52 (38,8 %) беременных с тазовым предлежанием плода роды закончились операцией кесарева сечения. Это те женщины, у которых был отягощенный акушерский анамнез, крупный плод, ножное предлежание плода. Масса новорожденных была в пределах 3700,0-4300,0 г.
Таким образом, проведенные нами исследования показывают, что роды в тазовом предлежании в настоящее время остаются актуальной проблемой акушерской практики и наружный акушерский поворот плода на головку в сроке 38-39 недель, проведенный при тщательном соблюдении условий и учета противопоказаний в ряде случаев может быть альтернативным методом существующей акушерской тактике и способствовать снижению показателей оперативного родоразрешения, перинатальной смертности и заболеваемости, а также числа женщин с болезнью оперированной матки.

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство. Под. ред. Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский, Г. М. Савельева 2009 г. «ГЭОТАР- Медиа»
2. Игамбердиева Н.Б. Прогнозирование исхода беременности и выбор тактики родоразрешения при тазовомпредлежании плода: Дис. ... канд. мед.наук. - Ташкент, 2006. - 123 с.
3. Чернуха Е. А., Пучко Т.К. Всех ли женщин с тазовым предлежанием плода при доношенной беременности следует родоразрешать путем кесарева сечения? //Акушерство и гинекология. - 2007. - № 2. - С. 8 — 14.
4. Чернуха Е. А., Пучко Т.К. Тазовоепредлежание плода. Руководство для врачей. /2-е изд. - М.:JP^OTAP- Медиа, 2007. - 175 с.
5. Цхай В.Б. Перинатальное акушерство. — М.: Медицина, 2003

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОВОЛНОВОЙ И АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ ЭНЕРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ФОНОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Каттаходжаева М.Х., Глухов Е.Ю., Сулейманова Н.Ж., Амонова З.Д.
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
Уральский Государственный Медицинский Университет

Актуальность проблемы. В современной медицинской практике заболевания шейки матки занимают лидирующие позиции в связи с высокой