

and anemia has been carried out. As a result morphological (cytological, ultracytological) criteria have been worked out to reveal early stages of iron deficiency, to prognose evolution of iron deficiency anemia and to determine cytometrical values of erythrocytes. These criteria allow to detect in proper time (in the earliest stages of disease) and with high precision pathological changes of red blood and to correct them.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касулов А. Т., Чинчаев С. Т. *Акуш. и гинек.*, 1986, 5, с. 25.
2. Кобзева Н. В., Кузнецова М. Н., Гуркин Ю. А. *Гинекология детей и подростков*, Л., 1988, 3.
3. Крупко-Большакова Ю. А. *Акуш. и гинек.*, 1991, 9, с. 29.
4. Кульбаева К. Ж., Омарова Г. Т., Оконян Т. П. *Акуш. и гинек.*, 1990, 5, с. 23.
5. Хубер А., Харте Г. Д. *Гинекология детского и подросткового возраста*, М., 1981, 6.
6. Шиханилова В. П., Якушева Л. А., Калмыкова И. А., Ильевская И. А. *Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщин*, М., 1989, 7.
7. Davis S. *Pediatr. Clin. N. Amer.*, 1989, 3, 665.

УДК 618.52

Э. А. Данилова, А. А. Кешишян, Ж. Р. Маркарян

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПЛОДА

Проблема ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода остается актуальной и сегодня. Этиологические факторы тазовых предлежаний разделяются на материнские, плодовые и плацентарные. Материнские факторы—аномалии развития и опухоли матки, узкий таз, опухоли таза, большое число родов, сниженный или повышенный тонус матки; плацентарные факторы—предлежание плаценты, короткая пуповина, много- и маловодие; плодовые факторы—хроническая гипоксия плода, недоношенность, многоплодие, врожденные аномалии развития плода, неправильное членорасположение. Хроническая внутриутробная гипоксия плода в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения, приводящая к усилению двигательной активности плода, может явиться причиной установления тазового предлежания.

Частота тазовых предлежаний колеблется в пределах 3—5%. Чаще встречаются чисто ягодичные (65—68%), реже—смешанные ягодично-ножные (20—25%) и ножные (11—13%).

Перинатальная смертность, а также частота осложнений в родах (преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, затяжные роды, инфицирование при оперативных вмешательствах) при тазовых предлежаниях плода превышают аналогичные показатели при головном предлежании.

При тазовых предлежаниях повышена заболеваемость детей, родовой травматизм, парезы, переломы, неблагоприятные отдаленные результаты в виде приступов эпилепсии, параличей, парезов.

С целью предотвращения осложнений, возникающих в родах, а следовательно, и родового травматизма, необходимо беременных и рожениц с тазовым предлежанием вести как группу высокого риска, используя при этом современные методы исследования. В женской консультации тактика ведения беременных с тазовым предлежанием после 29—30 недель должна быть направлена на исправление тазового предлежания на головное. Для этого рекомендуется комплекс гимнастических упражнений, с помощью которых можно не только исправить положение плода, но и регулировать тонус и активность матки. В III триместре целесообразно назначать комплекс медикаментозных препаратов, витаминов, способствующих профилактике аномалий родовой деятельности, рациональное питание, что позволит уменьшить частоту рождения крупных детей.

Если же после проведения корригирующей гимнастики и соответствующего режима не удастся перевести тазовое предлежание в головное, то при 38—39-недельной беременности необходима дородовая госпитализация. В стационаре необходимо беременных тщательно обследовать, выбрать правильную в каждом конкретном случае тактику ведения родов, учитывая при этом прогностический индекс (анамнез и возраст женщины, вес плода, срок беременности, месторасположение тазового конца и плаценты, состояние плодного пузыря и т. д.). При хорошем состоянии беременной и плода роды можно вести через естественные родовые пути под мониторным контролем и тщательным наблюдением.

Нами изучен материал 10 лет по ведению родов при тазовом предлежании, накопленный в НИЦ по охране матери и ребенка, с целью дать сравнительную оценку методов ведения родов при тазовом предлежании плода.

При выборе оптимальных путей родоразрешения необходимо использовать современные методы исследований (ультразвуковое сканирование, кардиотокография, амниоскопия), которые дают возможность получить четкую информацию о состоянии внутриутробного плода (обвитие пуповины, предлежание плаценты, гипоксия плода и др.). Такое комплексное исследование дает основание к расширению показаний к плановой операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях.

В последнее десятилетие частота кесаревых сечений при данной патологии возросла от 20 до 54,9%. По нашим данным, тазовые предлежания составляют 2,3% от общего числа родов. По методу Цовьянова принято 74,4% родов и 0,6% — классическим методом.

При родах с тазовым предлежанием плода в 25% случаев произведено кесарево сечение по показаниям: анатомически узкий таз, крупный плод, недоношенная беременность, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, бесплодие, возраст первородящей старше 30 лет, перенашивание, рубец на матке, гистеропластика, обвитие пуповины, гипоксия плода, фето-плацентарная недостаточность, предлежание плаценты, преждевременное излитие околоплодных вод и от-

существование эффекта от родовозбуждения, отслойка нормально расположенной плаценты, тяжелая форма позднего токсикоза, экстрагенитальные заболевания, состояние после пластической операции по поводу разрыва промежности III степени, многоплодная беременность при тазовом предлежании первого плода.

В 48% случаев при тазовом предлежании и начавшейся родовой деятельности было произведено срочное кесарево сечение. Первородящие составили 36%, повторнородящие—64%; 12% рожениц были в возрасте до 20 лет, 47%—20—30 лет и старше—41%.

Досрочно на 38-й неделе беременности госпитализированы 19,8% беременных с отягощенным акушерским анамнезом и экстрагенитальной патологией. Беременные тщательно обследовались в отделении патологии беременных, и в каждом конкретном случае учитывался прогностический индекс, выработывался соответствующий план ведения родов. Из этого числа в 50% случаев произведено плановое кесарево сечение. При этом родившиеся дети получили более высокие баллы по шкале Апгар, чем при рождении другими методами, а также при срочных операциях кесарева сечения. Перинатальная смертность при родоразрешении кесаревым сечением составила 0,7%, а при остальных методах—2,5%. Материнской смертности не было.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о необходимости ранней госпитализации беременных с тазовым предлежанием плода в целях оптимального планирования путей родоразрешения.

Армянский НИЦ по охране здоровья матери и ребенка

Поступила 16/VI 1993 г.

Է. Ա. Դանիլովա, Ա. Ա. Քեչիշյան, Ժ. Ռ. Մարգարյան

ՄՆՆՂԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ՏԱԿՏԻՎԱՅԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ՀՅՏՈՒՅՔԱՅԻՆ ԱՌԱՋԱԴՐՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Մոր և մանկան առողջության պահպանման հայկական գիտահետազոտական կենտրոնում վերլուծվել են վերջին 3 տարիների ընթացքում հետույքային առաջադրությամբ ծննդաբերությունները:

Եզրակացվել է, որ հետույքային առաջադրության ժամանակ անհրաժեշտ է վաղ հոսպիտալացում:

Ծննդաբերության մեթոդի ընտրության ժամանակ պետք է հաշվի առնել պրոգնոստիկ ինդեքսը և նրա ցածր ցուցանիշների դեպքում նպատակահարմար է կեսարյան հատման մեթոդը:

Բնական ճանապարհով ծննդաբերության վարման դեպքում անհրաժեշտ է պտղի վիճակի և ծննդաբերության ընթացքի հսկողություն (կարդիոմոնիտորային, էխոգրաֆիկ, հարպտոլային ջրերի, և այլն), նպատակ ունենալով ամենափոքր շեղումն անգամ վաղ հայտնաբերել և համապատասխան բուժման ենթարկել, իսկ անհրաժեշտության դեպքում ժամանակին կատարել կեսարյան հատում:

Peculiarities of Tactics of Delivery Conduction at Pelvic Presentation

On the base of carried out observations the authors recommend to hospitalize pregnant with pelvic presentation of the fetus for careful control over the fetus and early planning of delivery tactics.

УДК 577.156.6:618.14:615.835.3

С. С. Бархударян, Д. З. Григорян, Э. Е. Чигян

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МАТКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Важным фактором, стимулирующим сократительную активность матки, является продуцируемый в организме плода и матери окситоцин, обеспечивающий продукцию простагландинов и освобождение ионов кальция в клетках [4]. Уровень окситоцина в организме регулируется активностью фермента окситоциназы. Слабость родовой деятельности протекает на фоне высокой активности окситоциназы и низком уровне окситоцина [5, 6]. Данные литературы свидетельствуют о ведущей роли в нарушении кислородного обеспечения тканей интенсификации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и изменения активности энзимов лизосом, приводящих к срыву физиологической антиоксидантной системы, нарушению структурно-функциональной организации биомембран клеток и являющихся универсальным механизмом их повреждения [2, 3, 7].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния гипербарической оксигенации (ГБО) при лечении слабости родовой деятельности на активность окситоциназы и реакции ПОЛ.

Под наблюдением находились 28 рожениц в возрасте 18—32 года с первичной слабостью родовой деятельности. Контрольную группу составили 15 рожениц в первом периоде физиологически протекающих родов. Сеансы ГБО проводились в одноместной отечественной барокамере типа ОКА-МТ по режиму, установленному в Армянском НИЦ по охране здоровья матери и ребенка. Исследования проводились до и после сеансов ГБО.

Содержание окситоциназы в сыворотке крови определяли по кинетическому методу [8], выражали в Е/л, уровень ПОЛ определяли по накоплению в крови малонового диальдегида (МДА) по методу А. М. Арчакова и Ю. А. Владимирова [1] и выражали в мкмоль/л.

Показатели окситоциназы и ПОЛ в крови рожениц со слабостью родовой деятельности до и после ГБО приведены в таблице.