России у аГн-РГ трипторелина и гозерелина. аГн-РГ являются эффективным средством для уменьшения размера миомы (около 50% от их первоначального объема). [6, 12]

Таким образом, наши данные указывают на высокий процент радикальных операций при миоме матки. Ранняя диагностика и своевременно начатое консервативное лечение миомы матки позволяет снизить частоту оперативного лечения этого заболевания и сохранить репродуктивную функцию женщины.

1. Гинекология: Учебник под ред. Г.М.Савельевой, В.Г.Бреусенко. - ГЭОТАР-МЕД, 2007. - С.480.
2. Егорова О.В., Бермишева М.А., Хуснутдинова Э.К., Глебова Н.Н. Современные представления о молекулярно-генетических основах миомы. Генетика.2007;6:10:11-15.
3. Кондриков Н.И. Патология матки (иллюстрированное руководство). М. Практическая медицина, 2008. - С.344.
4. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А.: Оперативная гинекология (3-е издание). Издательство МЕДпресс-информ, 2013. – с. 98, с. 279.
5. Кулаков В.И., Шилова М.Н. Применение а-ГнРГ для лечения миомы матки. Акушерство и гинекология. 1998; 6:3-6.
6. Кулаков В. И. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. Издательство Литтерра, Москва 2005.
7. Курбанова М.Х., Королева А.Г. Генетический анализ структуры предрасположения к миоме матки. Распространенность и заболеваемость. // Генетика. - 1989 - N 6. - С.1122-1124.
8. Миома матки. Под ред. Сидоровой И.С. Москва. МИА. - 2002. - С.256.
9. Национальное руководство. Гинекология. Под ред. В.И.Кулакова, И. Б. Манухина, Г.М. Савельевой - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2011. - С.1088.
10. Сидорова И.С., Коган Е.А., Унанян А.Л. / Глава 4. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) под ред. Сидоровой И.С. - М.: МИА. - 2002. - С.113-127.
11. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Миома матки. - М.: МИА. - 2006. - С.176.

Краснобаева Е.Н., Дуянова О.П., Каменева И.Ю.

Динамика количества родов, осложненных аномалиями сократительной деятельности в г.Орёл и Орловской области

*ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»
(Россия, Орёл)*

doi: 10.18411/sr-10-12-2019-17

idsp: sciencerussia-10-12-2019-17

Аннотация

В данной работе рассмотрены основные разновидности аномалий сократительной деятельности матки в родах, их клинические проявления, основы тактики ведения родов, произведен анализ частоты данной патологии в г. Орёл и Орловской области.

Ключевые слова: аномалии родовой деятельности, патологический прелиминарный период, слабость родовой деятельности, дискоординация, гексопреналин, динопрост, раскрытие маточного зева, профилактика.

Нарушения сократительной деятельности матки в родах являются важным разделом в акушерстве во все времена, в силу того, что их нерациональная коррекция может приводить тяжелым последствиям как для матери- родовой травматизм, кровотечения, нарушение выделения последа, эмболия околоплодными водами, так и для плода-травматизация, кефалогематома, гипоксия. Частота встречаемости в Европе и РФ, примерно, одинаковая и составляет около 10-20% от общего количества родов, при этом, половиной случаев аномалий родовой деятельности служит ее слабость.

Следует отметить, что патология сократительной деятельности матки часто служит причиной экстренного кесарева сечения.

Выделяют следующие разновидности аномалий родовой деятельности:

1) Патологический прелиминарный период, при котором возникает спазм матки, сокращения беспорядочные, разрозненные, существенно отличаются по частоте, степени интенсивности, временному интервалу, что приводит к выраженному болевому синдрому внизу живота, который длится более 6 часов, что является одним из критериев постановки диагноза. Плод является доношенным, но матка биологически не готова, шейка незрелая. Основную группу риска по данной патологии составляют женщины старшего возраста, юные первобеременные, пациентки эндокринологического профиля, пациентки с хроническим эндометритом, часто испытывающие психоэмоциональное перенапряжение. Лечение направлено на:

- коррекцию сократительной активности матки токолитическими препаратами (гинипрал) и антагонистами кальция) до достижения оптимальной готовности шейки матки к родам;
- стабилизацию психического состояния - настойка пустырника, валерианы;
- регуляцию суточного ритма сна и отдыха (медикаментозный сон в ночное время суток или при утомлении беременной);
- подготовку шейки матки с помощью простагландинов- динопростон, осмотических расширителей – дилапан S, мифепристона 200 мг перорально с интервалом 6 часов.

2) Слабость сократительной деятельности- выделяют первичную, возникает в начале периода раскрытия, которая обусловлена снижением сократительной способности матки, что проявляется схватками частота которых не превышает более двух за 10 мин, амплитуда сокращений менее 28 мм. рт.ст., раскрытие шейки матки происходит со скоростью медленнее 1см/час. Но следует отметить, что схватки при этом регулярные и координированные.

В состав лечебных мероприятий входят: амниотомия (по показаниям – плоский пузырь или многоводие); в ночные часы, при выраженном истощении роженицы, возможно применение акушерского наркоза, отдых может привести к нормализации сократительной способности матки и отсутствию необходимости медикаментозной коррекции. Широкое применение получил динопрост, но использование препарата ограничено у пациенток с бронхиальной астмой, артериальной гипертонией. При отсутствии эффекта, возможен переход тактики в сторону экстренного кесарева сечения. Вторичная слабость родовой деятельности - более редкое явление, возникает в конце первого периода и в периоде изгнания, на фоне предшествующей до этого удовлетворительной сократительной деятельности матки. Схватки имеют менее длительный характер, снижается их частота и сила. Медикаментозно также применяем простагландины - динопрост, возможно его комбинирование с окситоцитом, уже давно применяемым лекарственным средством в акушерстве, но следует учитывать, что он актуален при раскрытии шейки более 7 см. Окситоцин можно применять только при вскрытом плодном пузыре. В случае низкой эффективности, гипоксии плода - наложение акушерских щипцов, эпизиотомия. В раннем послеродовом периоде- утеротоники. Слабость сократительной деятельности требует постоянного контроля с помощью КТГ, для оценки эффективности её коррекции и показателей жизнедеятельности плода.

3) Чрезмерно сильная родовая деятельность - патология при которой происходит усиление схваток и потуг, за счет высокого тонуса матки. Основными характеристиками данного состояния являются: сила схваток не менее 50 мм.рт.ст., интервал между ними меньше 2 мин, роженица психоэмоционально перевозбуждена,

увеличивается ЧДД, АД, пульс, температура, иногда возникает чувство тошноты и рвота. Данный вид аномалии родовой деятельности сопряжен тяжелыми последствиями для плода- кефалогематомы, перелом ключицы, кровоизлияние в мозг, нарушение плацентарного кровотока и, как следствие, гипоксии. Для матери последствиями являются родовой травматизм, ПОНРП, кровотечения. Для коррекции стремительной сократительной деятельности, роженице рекомендовано принять положение на боку, расположенному на стороне, которая находится напротив спинки плода, находиться в вертикальном положении пациентке запрещено. На современном этапе, из медикаментозных средств внимания заслужил β -агонист- гексопреналин, у пациенток с бронхиальной астмой, во избежание побочных действий применяем антагонисты кальция, при хорошей эффективности гексопреналина, возможен переход на спазмолитики. 4)Дискоординированная родовая деятельность-представляет собой нарушение распространения возбуждения матки в родах, которое в норме происходит согласно правилу тройного нисходящего градиента, разные отделы матки сокращаются неравномерно, возможны следующие варианты: смещение доминанты из верхнего сегмента в нижний, отсутствие расслабления шейки при сократительной деятельности в теле матки, тетанус матки. Основой тактики ведения является применение β -агониста- гексопреналина болюсно, если меры эффективны, переход на капельное введение, возможно применение эпидуральной анестезии, но обязательным условием должно быть раскрытие маточного зева 4 и более см. При отсутствии эффекта, осложненном акушерско-гинекологическом анамнезе, у старородящих предпочтительно проведение операции кесарева сечения.

Нами было проведено исследование, целью которого являлось изучить, проследить динамику аномалий сократительной деятельности матки и оценить эффективность профилактических мероприятий во всех родовспомогательных учреждениях города Орла и Орловской области. Материалами послужили данные медицинских карт.

Результаты исследования: В 2016 году на 1000 родов в стационаре, приходилось 63,4 промили нарушений родовой деятельности, из них слабость родовой деятельности составила 25,8 ; чрезмерно сильная родовая деятельность 10,2; дискоординация родовой деятельности 24,6. В 2017 году на 1000 родов в стационаре, приходилось 58,4 промили нарушений родовой деятельности, из них слабость родовой деятельности составила 29,8; чрезмерно сильная родовая деятельность 7,5; дискоординация родовой деятельности 21,4. В 2018 году на 1000 родов, приходилось 49,0 промили нарушений родовой деятельности, из них слабость родовой деятельности составила 22,9; чрезмерно сильная родовая деятельность 4,5; дискоординация родовой деятельности 21,6.

Таким образом, имеется динамика снижения частоты нарушений сократительной деятельности матки в родах, с 2016 по 2018 данный показатель стал ниже на 14,4 на 1000 родов, что является прогрессом в данной области. Положительную динамику можно связать с увеличением профилактических мероприятий на этапе женских консультаций

Аномалии сократительной деятельности матки могут повлечь за собой тяжелые последствия, но имеется тенденция к существенному снижению частоты данных состояний в г. Орёл и Орловской области. Достичь данных показателей удалось путём комплексного взаимодействия и проведения профилактических мероприятий на амбулаторном этапе и рациональной тактике ведения пациенток в стационарах. В профилактике, основополагающее значение имеет определение групп риска, постановка на учет на сроке до 12 недель беременности, прегравидарная подготовка, лечение хронических заболеваний репродуктивной системы, соматической патологии,

оценка течения беременности, определение показаний для проведения кесарева сечения.

1. Персианинов Л.С. Методы изучения сократительной деятельности матки в родах / Л.С. Персианинов, С.Н. Давыдов, Е.А. Чернуха, Ю.М. Караш. // Вопросы охраны материнства и детства. 2002. - №5. - С.51-57.
2. Савельева, Г.М. Акушерство. Национальное руководство / Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов. — 2-е издание перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 1743с.
3. Стрижова, Н.В. Аномалии родовой деятельности / Н.В. Стрижова, А.Д. Подтетенев. — Отдельное издание. — Москва: Медицинское информационное агентство, 2006. — 128с.

Краснобаева Е.Н., Пантюхин Д.В., Мошкин А.С.

Аномалии развития матки и аплазия почки в аспекте комплексного взаимодействия врачей акушеров-гинекологов и урологов

*ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»
(Россия, Орёл)*

doi: 10.18411/sr-10-12-2019-18

idsp: sciencerussia-10-12-2019-18

Аннотация

В статье рассмотрены аномалии развития репродуктивной и мочевыделительной систем на основе клинических случаев и данных литературы, произведен анализ современных данных о подходах лечения и диагностики заболеваний ассоциированных с аномалиями развития.

Ключевые слова: аплазия, агенезия, ультразвуковое исследование, единственная почка, рудиментарный рог.

Аномалии развития мочеполовой системы имеют колоссальное значение в практике врачей акушеров-гинекологов и урологов, и, зачастую требуют комплексного взаимодействия и междисциплинарного подхода. В данной работе описаны аномалии развития репродуктивной системы, так и мочевыделительного аппарата, в частности - аплазия почки, которая часто бывает совмещена с аномалиями развития матки, рассмотрены клинические случаи как патологии отдельных систем и их сочетание.

Аномалии развития матки развиваются в эмбриональном периоде развития человека, патология проявляется разницей показателей нормы размера, формы и пропорций органа. Такая патология часто сопутствует и идет в комплексе с отклонением от нормы в развитии органов половой и мочеиспускательной системы у девушек, так например, наблюдаются пороки в развитии влагалища, почек и фаллопиевых труб. Патология приводит к нарушению менструального цикла, служит угрозой прерывания беременности, увеличивается риск аномалий родовой деятельности, а также может идти речь, как об одной из причин женского бесплодия.

Аномалии в развитии матки иногда могут клинически не проявляться. Отклонение от нормы можно увидеть при осмотре врачом акушером-гинекологом и проведении УЗ скрининга. Различают следующие виды аномалии развития матки:

- 1) Агенезия – патология в развитии, при которой полностью отсутствует данный орган. Встречается крайне редко, как правило, диагностируется в случае летальных исходов с множеством других аномалий органов.
- 2) Однорогая матка – патология в развитии, при котором один мюллеров сосуд развивается в пределах нормы, а второй вступает в стадию замедления роста, что приводит к одностороннему формированию органа. Выделяют несколько видов аномалий, их различают по наличию рудиментарного рога матки и полости в нем, которая может быть как