

3. С.А. Калкабаева «Бірінші медициналық көмек», Оқу құралы, Шымкент 2008ж.
4. А.Г. Мирошниченко, В.М. Шайтор. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи детям на догоспитальном этапе», Санкт-Петербург 2005г.
5. Ю.Ю.Елисеев. «Медицинская помощь при экстремальных ситуациях», Москва, 2005г.

УДК 618.532.6

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

*С.Н. Құльбаева, К.Ж.Кожабаяева, Н.А. Белгазиева
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент
Областной перинатальный центр, г. Шымкент*

ТҮЙІН

Нәрестенің жамбаспен жатуы патологиялық акушерия болып табылады. Нәрестенің жамбаспен жатуында дұрыс акушерлік амал таңдай білу ана және нәресте үшін өте маңызды. Сондықтан босану әрекетін дер кезінде және уақытында дұрыс таңдай білу қажет.

SUMMARY

The pelvic presentation of fetus is the obstetric pathology. The correct choice of obstetric method at women with pelvic presentation is important for mother and fetus.

Тяжелое демографическое положение и неудовлетворительные показатели здоровья населения в Казахстане требуют от врачей всех специальностей не только активного внедрения в практическую деятельность высокотехнологичных методов обследования и лечения, но и на основании новых знаний и представлений о патогенезе, особенностях клинического течения и осложнений того или иного заболевания путем пересмотра уже устоявшихся принципов его терапии или ведения больного.

В акушерстве одним из наиболее серьезных факторов риска для матери и новорожденного остается такая старая проблема, как тазовое предлежание.

При относительно небольшой частоте тазового предлежания в популяции (2,7-5,4%) на его долю приходится ¼ часть всех перинатальных потерь [1-3]. Несмотря на успехи акушерства, перинатальная смертность при тазовых предлежаниях плода при различных методах родоразрешения в настоящие годы колеблется от 5 до 14,3 промиле.

В связи с этим разработка путей снижения перинатальной заболеваемости и смертности при тазовом предлежании по-прежнему остается актуальной проблемой современного акушерства.

Несмотря на то, что проблеме тазовому предлежанию плода уделяется много внимания, вопросы акушерской тактики остаются не до конца изученными.

При обследовании женщин с тазовым предлежанием плода тщательно изучаются общий и акушерский анамнез, уточняются срок и беременность, проводятся наружные и внутренние акушерские исследования, определяются предполагаемая масса и состояние плода, разновидность тазового предлежания, степень разгибания головки, высота стояния тазового конца [5]. При выборе тактики родоразрешения целесообразно использовать балльную шкалу прогноза, предложенную В. Westin при тазовом предлежании, которая включает 13 параметров [6]. В нашей работе была использована модифицированная шкала прогноза родов при тазовом предлежании Е.А.Чернухи и Т.К. Пучко, где при сумме баллов 16 и более роды можно вести через естественные родовые пути. Кесарево сечение показано в том случае, если хотя бы один из показателей оценен в 0 баллов [4].

Очень важно определить тактику при тазовом предлежании плода у женщин с доношенной и недоношенной беременностью. Она предусматривает ведение родов через естественные родовые пути, родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке накануне срока родов и родовозбуждение в срок или до срока родов. До сих пор отсутствует единое мнение по вопросу частоты операции кесарева сечения при тазовом предлежании. Некоторые акушеры считают целесообразным у всех первородящих пациенток производить операцию кесарева сечения. В Центре планирование семьи и репродукции (Москва) разработаны показания к операции у первородящих, к которым относятся: возраст женщины свыше 30 лет, неподготовленность родовых путей при доношенной беременности, переношенная беременность, масса плода менее 2000г или более 3600г, смешанное ягодичное предлежание при первых родах или ножное предлежание вне зависимости от числа родов в анамнезе, преждевременное излитие вод при неподготовленной шейке матки, слабость родовой деятельности в I или II периоде родов (если тазовый конец плода не ниже широкой части полости малого таза) [5].

Некоторые из этих показаний не должны считаться абсолютными. Если у роженицы старше 30 лет или при смешанном ягодичном предлежании плода развивается хорошая родовая деятельность, а плод средних размеров, то возможно проведение родов через естественные родовые пути [5].

Целью работы явилось изучить показания к операции кесарево сечение при тазовом предлежании в областном перинатальном центре (ОПЦ) Южно-Казахстанской области (ЮКО).

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили беременные, госпитализированные в ОПЦ г.Шымкента за последние три года (2005, 2006, 2007 гг.). В группу для исследования были взяты беременные с тазовым предлежанием.

Методы исследования: клинический, гравидограмма, функциональные (УЗИ, кардиотохография (КТГ)).

Результаты исследования и обсуждения. Госпитализация беременных в ОПЦ за последние три года имеет рост: в 2005 г- 8443, в 2006 г- 9744 и в 2007г – 11439, что на 1695 беременных больше, чем в 2006 году. Следует отметить, что высокий уровень госпитализации сельских жительниц сохранялся все эти годы (80-81,4%). Отмечается увеличение приема родов из года в год: 2005 году – 4259, в 2006 году – 5257, в 2007 году – 6468, что на 2209 родов больше, чем 2006 году.

В ОПЦ за 2005г. всего принято 4090 родов, из них с тазовым предлежанием 124, что составило 3,03%. Из общего количества родов с тазовым предлежанием произведено операций - 18 (0,44%). За 2006 г принято 4276 родов, из них с тазовым предлежанием 152 (3,55%), в 38 случаях произведена операция, что составило 0,88%. За 2007г. принято 5319 родов, из них с тазовым предлежанием 92 (1,72%), в 18 случаях произведена операция, что составило 0,33%. Общее количество родов за 3 года - 13685, с тазовым предлежанием 368 – 2,6 %.

Следовательно, ежегодная госпитализация беременных с тазовым предлежанием остается на одном уровне. За три года общее количество родов с тазовым предлежанием 368, что составило - 2,6%.

Возраст обследованных беременных колебался от 17 до 40 лет.

Из них из сельской местности 340(92,4%), 28(7,6%) из города. С чисто ягодичным предлежанием 334(92,4%), 34(7,6%) - с ножным предлежанием. Диагноз тазового предлежания поставлен до 37 недель беременности в 297(90,2%) случаях, в 71(9,2%) случаях в сроке 37 недель и позже. Во всех случаях тазового предлежания произведено ультразвуковое исследование плода для уточнения степени разгибания головки для выбора тактики ведения родов.

Анализ течения беременности у наблюдаемых выявил, беременность протекала на фоне умеренной анемии у 264 (7,1%), угроза прерывания беременности встречалась у 112(3,1%), на фоне преэклампсии легкой степени у 112 (30,4%), тяжелой преэклампсии у 32 (8,7%), заболевания почек у 32 (8,9%), многоводия у 32 (8,9%), острого трахеобронхита у 8 (2,01%), без особенностей у 56 (15,2%).

Таким образом, анализ течения беременности показал наиболее часто у наблюдаемых встречалась преэклампсия легкой степени.

В 294(80%) случаях родов при тазовом предлежании через естественные родовые пути, оказано пособие по Цовьянову. В 74(20%) случаях произведена операция кесарево сечение. В 24(8,1%) случаях родов через естественные родовые пути произведено ручное обследование полости матки в III-м периоде родов из-за в дефекта последа. В 9(3,1%) случаях роды осложнились разрывом промежности I и II степени. В 9(3,1%) случаях произведено родовозбуждение и родостимуляция из-за родового излития околоплодных вод. В 24(8,2%) случаях эпизиотомии, показанием явились: дистресс плода-10(по данным КТГ); угроза разрыва промежности-11; высокая промежность-2; экстракция плода за тазовый конец-1.

Среди родоразрешения путем операции кесарево сечение 74(20%) случаев, показанием к кесареву сечению явились: безэффективность родовозбуждения у первобеременных на фоне родового излития околоплодных вод, в 11(14,9%) случаях дистресс плода(по данным КТГ), у 34(45,9%) преэклампсия тяжелой степени, в 2(2,7%) случаях выпадение петель пуповины, в 27(36,5%) первородящие старшего возраста.

Следовательно, наиболее частым показанием к операции кесарево сечение с тазовым предлежанием плода явилось гестоз, первородящие старшего возраста и безэффективность родовозбуждения на фоне родового излития околоплодных вод.

Все дети родились живыми. Состояние новорожденных оценивалась по шкале Апгар. В 28(7,6%) случаях 7- 9 баллов, в 292(79,4%) случаях 4-7 баллов и в 48(13,04%) случаях 1-4 баллов. Асфиксия легкой степени установлена в 37(10,05%) случаях, средней степени тяжести в 30(8,2%), тяжелой степени в 21(5,7%) случаях. В неонатальном периоде церебральное поражение гипоксического генеза выявлен в 121(32,8%) случаях.

Вес новорожденного при рождении распределился 1800- 2000 г. у 56(15,2%) новорожденных, 2000-3000 г. в 106(29,8%), 3000 – 4000 г. в 180(49%), в 26(7,06%) случаях 4000г. и выше.

Послеродовой и послеоперационный периоды у всех родильниц протекал без особенностей. На 1 сутки все были переведены в послеродовое отделение. Все дети были на грудном вскармливании.

Родильницы с детьми в удовлетворительном состоянии выписаны на 5 сутки в 190(51,6%) случаях, на 6-10 сутки в 67(8,2%), 10-15 сутки в 55(15%) случаях, на 15-20 сутки в 56(15,2%) случаях соответственно.

Таким образом, в ЮКО уровень рождаемости увеличивается из года в год. Количество беременных с тазовым предлежанием, госпитализированных в ОПЦ остается на одном уровне и в среднем составляет – 2,6 %.

Родоразрешение путем операции кесарево сечение при тазовом предлежании плода составило 20%. Наиболее частым показанием к операции кесарево сечение с тазовым предлежанием плода явилось гестоз, первородящие старшего возраста и безэффективность родовозбуждения на фоне родового излития околоплодных вод.

Несмотря на относительно низкий процент операции кесарево сечение при тазовом предлежании в нашем регионе (20%) по сравнению с данными мировой статистики (более 80%), обращает внимание высокий процент гипоксических поражений головного мозга у новорожденных -121(32,8%), что требует дальнейшего изучения данной проблемы и пересмотра вопросов тактики родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беременность и роды при тазовом предлежании плода: Метод.указания./ Кулаков В.И.,Савельева Г.М.,Чернуха Е.А. и др. – М., 2004.
2. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода.-М.,1999.
3. Fernandes C.O.,Bloom S., Wendel G. // Am. J. Obstetr. Gynecol.-1991.-Vol. 92, N 1. Pt 2.- P.326.
4. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Всех ли женщин с тазовым предлежанием плода при доношенной беременности следует родоразрешать путем кесарева сечения? \ \ Акуш и гинек.2007, №2.-с. 8-14.
5. Г.М.Савельева, Е.Я. Караганова, М.А. Курцер, А.Г. Конопляников,
6. Некоторые актуальные вопросы акушерства.\ \ Акуш. и гинек. 2006,№3.-с. 3-7.
7. Westin B.//Acta Obstetr.Gynecol.Scand.–1987.-Vol.190,N 3. Pt 2.- P.763-768.

УДК: 616.61/62-007

АКТУАЛЬНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

З. К. Аренова

Областной консультативно – диагностический центр, г. Шымкент

ТҮЙІН

Осыған байланысты, денсаулық сақтауда клиникалық белгілері пайда болғанша бүйрек пен зәр жолдарының туа біткен ауытқуларын ерте анықтау өте маңызды. Науқасты кезең-кезеңімен диагностикадан өткізу керек: УДЗ –зерттеу, экскреторлы урография, қажет болса компьютерлік диагностика жасалады.

SUMMARY

The stage of patients diseases are diagnosed by USR – examination, excretoric urography and computer diagnosis.

Все заболевания человека подразделяются на врожденные и приобретенные. Среди них пороки развития урогенитальной системы составляют до 35-40% всех врожденных аномалий (1) и встречаются у 10%(2) всех людей, рожденных с пороками мочеполовой системы. Некоторые исследователи говорят о ещё более высокой частоте врожденных пороков мочеполовой системы (3). Многие из этих пороков в течение длительного времени клинически не проявляются и протекают бессимптомно.

Манифестация заболевания в большинстве случаев обусловлена влиянием провоцирующих факторов (инфекция, переохлаждение, ионизирующая радиация, травмы и т.д.), действие которых ухудшает уродинамику или вызывает развитие воспалительного процесса.

Поздняя диагностика аномалии развития связана с тем, что в детском возрасте паренхима почек не страдает, компенсация её хорошо выражена, поэтому недостаточность почек и мочевых путей легко компенсируется. Поскольку большинство врожденных пороков мочевых органов по своей природе склонны к обструктивным процессам, то понятно, что часто при аномалиях почек и мочевых имеет место мочевой стаз, который содействует инфекции, камнеобразованию, атрофии почечной паренхимы и почечной недостаточности.

В органах с наличием врожденных аномалий, заболевание развивается легче и быстрее, чем в полноценных органах. При этом симптоматика развивающегося заболевания в изначально неизменных органах и с наличием врожденных аномалий, в большинстве случаев не имеет специфических проявлений.

Целью данной работы являлась оценка удельного веса патологии мочевых путей врожденного характера среди всех её заболеваний. За период с 2007 по 2009 год в областном консультативно - диагностическом медицинском центре было проведено 621 экскреторных урографий пациентам в возрасте от 6 лет до 75 лет обоего пола. Исследования проводились после консультации врача - клинициста по назначению уролога или нефролога.

Среди проведенных исследований было выявлено 53 случая аномалии и пороков развития почек и мочевых путей, что составило 8,2%. Нозологические варианты и их количество представлены в таблице 1.