УДК:618.398:618.4-089.163-616-007.15

СОВРЕМЕННЫЕ АКУШЕРСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Исмоилова М.З.
Ташкентский государственный медицинский университет.

Большой научный и практический интерес в акушерстве представляет перенашивание беременности. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высоким процентом родоразрешающих операций и высокой перинатальной смертностью.

Научный подход к этой проблеме определился в 1902 г., когда впервые H.Runge описал признаки переношенности (перезрелости) у новорожденного, этот синдром получил название синдрома Белентайна-Рунге. Позже степени выраженности переношенности у плода и дисфункцию плаценты описал S. Clifford. Представление о переношенной беременности с прогрессом медицинской науки, в частности и акушерства , претерпело значительные изменения, от истинного (биологического) перенашивания и удлинение беременности (хронологическое), ее пролонгирование, необходимое для окончательного созревания плода [2].

В большинстве европейских стран, более 42 недели – переношенной, а окончательный диагноз данной патологии беременности устанавливается после рождения плода, обоснуясь по наличии признаков переношенности совместно с неонатологами[1].

В свете достижений современной науки о сущности механизмов возникновения и регуляции сократительной деятельности матки перенашивание беременности начали рассматривать как результат взаимодействия многих факторов, ведущее место в этой сложной цепи принадлежит центральной нервной системе, матке и плоду [2].

Частота перенашивания на сегодняшний день составляет 1,5- до 14%, составляя в среднем до 8% по данным разных авторов[4].

При ее развития имеется тенденция росту акушерских патологий в родах и заканчивается рождением детей с высоким риском заболеваемости новорожденных и их затрудненной неонатальной адаптации. Для матерей повышается риск развития патологического течения родов : часто роды осложняются нарушением сократительной активности матки, обструктивными родами, дистрессом плода. Учитывая высокие показатели перинатальной смертности, часто порождается вопрос выбора методов индукции родов и подбора ее срока. В решении данных вопросов особое значение приобретает

дифференциальная диагностика переношенной и пролонгированной беременности, при которых тактика ведения и родоразрешения должна быть различной. Для выбора адекватной тактики особую роль играет оценка состояния внутриутробного плода и степень готовности шейки матки к родам. Однако после достижения доношенного срока отсутствие данных этих показателей могут привести недооценке готовности организма женщины к родам и выбору не рациональной акушерской тактики[5].

Цель исследования. Разработать систему диагностических и лечебных мероприятий у женщин с переношенной беременностью для оптимизации тактики ведения дородового периода и родов.

Материалы и методы. . Все обследования женщин будут проведены на базе Бухарского перинатального центра , также в женских консультациях г. Бухары, совместно с кафедрой акушерства и гинекологии №2 Бухарского Государственного медицинского института. Для изучения основных показателей адаптивных гормонов , микроэлементов и оптической плотности сыворотки крови, будут использованы образцы сыворотки крови женщин . Из методов функциональной диагностики будут применены - УЗИ , УЗДГ и Эхо-ЭГ.

Результаты исследования. Наиболее рациональным в современном взгляде родо разрешения при переношенной беременности считается применение антигестагенов (мифепристона) и простогландинов (динопростон-гель). Особенно его применение при наличии «незрелой» шейки матки к родам и нарушенном биоценозе влагалища. Целесообразным является применения Динопростон- гель при « недостаточно зрелой» шейке матки, при наличии околоплодных вод и нормальном микробиоценозе влагалища.

В этом отношении синтетические антигестагены (мифепристон) имеют преимущества: не вызывают гиперстимуляции миометрия и не оказывают отрицательного влияния на состояние плода.

Кроме того, применение мифепристона в отличие от простагландинового геля возможно для подготовки к родам при наличии бактериального вагинита, цервицита. Эффективность данного метода по данным литературы находится в пределах 74 – 78%.

Однако в ряде работ указывается, что назначение мифепристона у беременных с исходно « незрелыми » родовыми путями не всегда дает желаемый результат и требует дополнительного введения простогландинов.

Углубленного же изучения степени эффективности мифепристона в зависимости от исходного состояния родовых путей не проводилось. В настоящее время имеется ограниченное число исследований как отечественных,

так и зарубежных, посвящённых изучению эффективности мифепристона для подготовки шейки матки к родам и родовозбуждению.

По данным научных исследователей многих зарубежных авторов представлено исследование по оптимизации подходов подготовки шейки матки к родам антагонистами прогестерона и в частности мифепристоном у женщин с тенденцией к перенашиванию беременности и определению тактики ведения пациенток после отсутствия эффективной первоначальной подготовки к родам.

Авторы считали, что оптимальный срок беременности, при котором преиндукция мифепристоном является максимально эффективной, -40 недель 4-5 днейи ее продолжение при недостаточной эффективности является целесообразными определенных клинических ситуациях, снижение ее эффективности может быть показанием для оперативного родоразрешения.

В связи со сказанным актуальное значение приобретает поиск новых наиболее рациональных схем применения мифепристона в сочетании с другими препаратами для достижения оптимального уровня «созревания» шейки матки в короткие сроки с минимальным риском для матери и плода.

Для выбора метода индукции и оценки жесткости ткани шейки матки оптимальным методом является эластография позволяющие получать эластографическую информацию в современных ультразвуковых приборах.

В решении вопроса применения преиндукции родов необходимо наиболее точно установить диагноз ПБ и это возможно только при комплексном использовании различных клинико- лабораторных и функциональных методов и их мониторировании. Особенно необходимо уделить четкое внимание на состояние внутриутробного плода . значимым ультразвуковым признакам относятся: уменьшение толщины плаценты, наличие структурно-функциональных ее нарушений, маловодие , снижение интенсивности маточно-плацентарного- плодового кровотока по данным допплерографии.

На основании мониторирования изучаемых показателей и полученных данных порождается возможность адекватного выбора времени и метода родоразрешения. В последовом и раннем послеродовом периоде при запоздалых родах высок риск развития кровотечению обусловленное нарушением сократительной способности послеродовой матки а также нарушением процессов отслойки плаценты. Имеет место частое встречаемость послеродовых гнойно- септических осложнений. Любая пациентка должна иметь четкие сведения о сроке предстоящих своевременных родов. С наступлении срока беременности более 40 недель со стороны наблюдающих их врачей необходимо уделение серьезного внимания, а при необходимости госпитализация в

родильный стационар для более углубленного обследования и решения вопросов акушерской тактики.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что в проблеме индуцированных родов при переношенной беременности остается много вопросов, требующих дальнейшего изучения. В связи с этим предстоит изыскать прогностические тесты для выявления прогноза течения родов и профилактики их осложнений. В частности, при наличии плацентарной недостаточности, в связи с переношенной беременности необходимо не только определить влияние родовой агрессии на состояние внутриутробного плода, но и выбрать наиболее рациональный метод родоразрешения для достижения снижения частоты осложнений, как со стороны матери, так и плода.

Таким образом, изучение данных литературы подчеркивает, что патогмоничных признаков переношенного плода нет, а есть синдром, на основании которого можно поставить диагноз переношенной беременности. Все перечисленные методы исследования с различной долей вероятности позволяют судить о степени зрелости плода, его функциональном состоянии, оценивать функцию маточно-плацентарной системы.

Многие вопросы данной патологии еще не решены. До настоящего времени отсутствует даже четкое определение самого понятия переношенной беременности, не изучены окончательно вопросы этиологии, патогенеза, диагностики этой формы патологии, отсутствует единая точка зрения на тактику ведения беременности и родов.

Выводы. Исходя из этого, принципиально важным представляется изучение хроно-физиологических закономерностей инициирования своевременной родовой деятельности и причин, по которым беременность перенашивается. Основными факторами могут явится нарушение метаболизма микроэлементов, гормональной функции плаценты, изменения кровотока в маточно- плацентарной и плодовой системе и их корреляционные особенности с системой гемостаза и в резоне приводящих не «зрелости» шейки матки к родам. Применение Эхо-Эг шейки матки как диагностического критерия для прогнозирования риска переношенной беременности и в оценке эффективности преиндукции может явиться перспективным методом субклинической диагностики данной патологии, диктующей своевременного выбора адекватной акушерской тактики. Комплексное исследование беременных на поздних сроках гестации с учетом уровня адаптивных гормонов, микроэлементов, оптической плотности сыворотки крови, показателей эхоэластографии плаценты и шейки матки и их корреляцию со степенью готовности организма к родам могут оптимизировать тактику ведения беременности, уменьшить частоту осложнений

и оперативных вмешательств в родах, снизить экономические затраты на реабилитационные мероприятия после родовом периоде и улучшить исхода родов.

Список литературы

1 Сидорова И.С., Макаров И.О., Никитина Н.А. Переношенная беременность: современные подходы к прогнозированию и ведению // *Акушерство и гинекология*. — 2021. — № 6. — С. 15–22.
2 Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Современные аспекты диагностики и тактики ведения переношенной беременности // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2020. — Т. 20, № 4. — С. 45–51.
3 Радзинский В.Е., Костин И.Н., Костин О.А. Переношенная беременность: прогнозирование, профилактика осложнений и выбор акушерской тактики // *Акушерство и гинекология*. — 2019. — № 10. — С. 5–12.
4 Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е. Акушерство: национальное руководство. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 1088 с.
5 Сухих Г.Т., Ванько Л.В., Кан Н.Е. Современные подходы к ведению беременности поздних сроков и индукции родов // *Акушерство и гинекология*. — 2022. — № 8. — С. 20–28.

1. **Исмоилова Мавлюда**
2. dr.mavludazubaydovna@mail.ru

3.ORCID https://orcid.org/0009-0007-0329-5288