

менные инструментальные методы: УЗИ (фетометрия и плацентометрия), антенальная кардиотокография после 28 недель беременности, а при необходимости - определение уровня гормонов в плазме крови.

Локализация плаценты в области рубца и эхографические признаки неполноценного рубца также свидетельствуют в пользу несостоятельности, что является показанием для немедленной госпитализации беременной в акушерский стационар.

В связи с усилением сократительной деятельности матки в конце беременности или при возникновении регулярной родовой деятельности у женщин с рубцом на матке могут развиваться также осложнения, как угрожающий и начавшийся разрыв матки. Эти осложнения являются абсолютным показанием для экстренного абдоминального родоразрешения. При отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения все беременные планово должны быть госпитализированы в отделение патологии беременных в 37-38 недель беременности.

ПРОБЛЕМА МАКРОСОМІЇ В СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ

Студ. 4 курсу Н.А.Болотна, Д.В.Козир

Наук.кер.: д.м.н., проф. Я.С.Жерновая

В сучасному акушерстві, перинатології та педіатрії проблема макросомії виділяється як одна з найбільш актуальних, що має не тільки медичне, але й соціальне значення, оскільки перинатальна смертність великих плодів у 2,5 - 3 рази перебільшує смертність плодів з середньою вагою тіла.

Частота народження великих плодів за останні 60 років збільшилась у 4 рази і становить 5,2-14,4%. У зв'язку з цим нами проаналізована частота, перебіг вагітності у 43 вагітних з великим плодом. За матеріалами Сумського обласного клінічного пологового будинку за 1996 рік частота макросомій складає 3,04% на 1414 пологів. Встановлено, що середній вік

жінок, які народили великий плід становить 25,2+2,1 рків.

Аналіз анамнестичних даних показав (табл.1), що в анамнезі у 23,2% повторно вагітних з макросомією плоду зареєстровано народження дітей з масою понад 4 кг в попередніх пологах. Варто також привертати увагу до великої частоти в анамнезі штучних (32%) та мимовільних абортів (30,23%), генітальних захворювань (53,5%). Одним із важливіших етіологічних чинників у 20% обстежених жінок було нераціональне харчування, що привело до ожиріння. Цей факт потребує додаткового вивчення, бо є дуже важливим.

Антропометричними дослідженнями встановлено, що середня маса великого плоду становить 4297,3+48,36 г; зріст - 55,4+2,7 см; обсяг голівки - 36,2+2,8 см; обсяг грудної клітки - 35,8+2,5 см. Причому, плодів чоловічої статі втрічі було більше, ніж жіночої.

Перебіг вагітності характеризується такими ускладненнями: загроза невиношування (13,95%), нефропатія (20,9%); анемія вагітних (53,4%); артеріальна гіпертензія (4%).

Таблиця 1.

Особливості анамнестичних даних матері при макросомії плоду.

| N | Анамнез | % |
|---|--------------------------------|-------|
| 1 | Попередні пологи з макросомією | 23,2 |
| 2 | Штучні аборти | 32 |
| 3 | Мимовільні аборти | 30,23 |
| 4 | Генітальні захворювання : | 53,5 |
| | аднексит | 16,28 |
| | ерозія шийки матки | 20,93 |

Пологи потребували таких акушерських посібників, як амніотомію (39,5%), полоогоактивацію (27,8%), епізіотомію (23,25%), перинеотомію

(16,28%), кесарський розтин складав 6,9%.

В пологах зустрічаються такі ускладнення: попередчасне відходження навколоплідних вод - 25,5% ; клінічно вузький таз - 6,9% ; розриви промежини - 18,6% ; розриви шийки матки - 9,3% ; загроза внутрішньоутробної гіпоксії плода - 18% .

Таким чином, наявність великого плоду є високим ризиком появи ускладнень як у матері, так і у плода.

СОВРЕМЕННАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

Канд. мед. наук А. В. Сухарев
(кафедра акушерства и гинекологии СумГУ)

Целью гормональной терапии является торможение роста опухоли, лечение гиперпластических процессов эндометрия, нормализация менструального цикла. Высокоэффективно применение синтетических прогестинов при межмышечном расположении узлов, климактерической дисфункции, величине опухоли до 10 недель, сочетании миомы с гиперпластическим процессом. Длительность лечения этой группой препаратов определяется клиническим эффектом и гистологической картиной эндометрия через 3 месяца от начала лечения.

Широко применяются гестагены, снижающие уровень эстрогенных гормонов и оказывающих антифиброматогенное действие.

В пременопаузе эффективно назначение андрогенов, вызывающих атрофию эндометрия, угнетающих фолликулярный аппарат яичников, гонадотропную функцию гипофиза. Обычно успешные результаты достигаются при лечении по одной из схем в течение 6 месяцев.

При наличии признаков субклинической формы заболевания надпочечников и выраженной тенденции к росту опухоли терапия лейомиомы может быть допол-