



ковертебральные сочленения, в результате чего появляется склероз, заострение, отклонение полулунных отростков. Необходимо отметить, что унковертебральные сочленения определяются только в прямой проекции. Однако диагностика артроза унковертебральных сочленений очень важна, так как он является основной причиной вертебральных нарушений мозгового кровообращения за счет патологического воздействия на позвоночную артерию. Артроз унковертебральных сочленений у всех больных локализовался в нижне-шейном отделе позвоночника (С5-С6, С6-С7). Только лишь после этих изменений компенсаторно происходит дегенерация межпозвоночных дисков со снижением их высоты, субхондральным склерозом замыкательных пластинок тел позвонков.

ния за счет патологического воздействия на позвоночную артерию. Артроз унковертебральных сочленений у всех больных локализовался в нижне-шейном отделе позвоночника (С5-С6, С6-С7). Только лишь после этих изменений компенсаторно происходит дегенерация межпозвоночных дисков со снижением их высоты, субхондральным склерозом замыкательных пластинок тел позвонков.

Таблица №1 - Частота различных рентгенологических признаков дегенеративных изменений позвоночника по отделам

Рентгенологический признак	Шейный отдел позвоночника	Грудной отдел позвоночника	Поясничный отдел позвоночника
Нарушение статики позвоночника	69	73	83
Снижение высоты межпозвоночных дисков	25	59	81
Субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков	29	48	74
Краевые костные разрастания	16	29	65
Псевдоспондилолистезы	52	-	6
Артроз унковертебральных сочленений	28	-	-
Спондилоартроз	15	23	29
Грыжи Шморля	-	16	9
Косвенные признаки грыжи диска	-	-	3
Спондилолиз	-	-	4
Истинный спондилолистез	-	-	4

Поражение грудного отдела позвоночника, прежде всего, выразилось в снижении высоты межпозвоночных дисков (59 случаев). Изменение дисков приводит к нарастанию кифоза, что, в свою очередь, ведет к деформации тел позвонков со снижением высоты в переднем отделе тел. Следующим механизмом в патогенезе дегенеративно-дистрофических изменений следует считать деформирующий спондилоартроз, который обусловлен перерастяжением связочного аппарата задних отделов позвоночника и, соответственно, суставных отростков (23 случая). Типичным проявлением дегенеративно-дистрофических поражений грудного отдела позвоночника являются грыжи Шморля – хрящевые грыжи, внедряющиеся в замыкательные пластинки тел позвонков – 16 случаев. Локализация грыж Шморля в 6 случаях была в среднегрудном отделе, в 10 случаях – в нижнегрудном отделе. Единичные грыжи Шморля выявлены у 11 больных и множественные – у 5.

Поясничный отдел позвоночника несет на себе самую большую нагрузку, в связи с этим первыми признаками поясничного остеохондроза является снижение высоты межпозвоночных дисков – 81 случай, реактивный субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков - 74 случая, краевые костные разрастания - 65 случаев. Преимущественно поражаются диски L4-L5 и L5-

S1. Грыжи Шморля были выявлены в 9 случаях в верхнепоясничном отделе позвоночника. Обызвествление связочного аппарата позвоночника начинается чаще всего после 30 лет. Косвенные признаки грыжи межпозвоночных дисков выявлены в 3 случаях, 2 случая симптома «распорки» и 1 случай обызвествления заднего отдела грыжи. Диагноз грыжи межпозвоночных дисков подтвержден данными КТ или МРТ. Одним из проявлений дегенеративных изменений считаем возможным рассматривать спондилолиз, который был выявлен у 4 больных – зона патологической перестройки в межсуставном участке дужки, вероятно, обусловленная нагрузочным механизмом на поясничный отдел позвоночника. Выявлено 4 случая истинного спондилолистеза и 6 случаев псевдоспондилолистеза.

Анализ полученных материалов позволяет заключить, что дегенеративные изменения в различных отделах позвоночника различны, и связаны, прежде всего, с влиянием хронического перенапряжения на определенные элементы двигательного сегмента: в шейном отделе первично на унковертебральные сочленения, в грудном и поясничном отделе – на тела и межпозвоночные диски, что проявляется определенными рентгенологическими признаками.

УДК 618.4-089-08-616-036.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИЗОПРОСТОЛА ДЛЯ ИНДУКЦИИ РОДОВ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

Г.Н. Баймусанова, Б.Ж. Сатубалдинова, Г.М. Мысаева, А. Талгаткызы

Государственный медицинский университет города Семей
 Кафедра акушерства и гинекологии №2

Тұжырым

ҚАЛАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ПЕРЗЕНТХАНА МӘЛІМЕТІ БОЙЫНША БОСАНУ ИНДУКЦИЯСЫ РЕТІНДЕ МИЗОПРОСТОЛДЫ ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛІГІ

Мерзіміне жеткен жүктілік кезінде босану жолдарын дайындау үшін мизопроустолды қынап арқылы енгізудің, нәтижесі мен қауіпсіздігі жүргізілді және ана мен балаға байланысты қауіпсіздігі. 94% жағдайында бұл препарат босану жолдарын дайындауда нәтижелі болып келді, бірақ ары қарай зерттеуді қажет етеді.



Summary

**THE EFFECTIVENESS OF MISOPROSTOL FOR LABOR INDUCTION
 IN THESE CLINICAL MUNICIPAL MATERNITY HOSPITAL**

This manuscript is about evaluation of the effectiveness and safety of intravaginal misoprostol for cervical preparation in full-term pregnancy when it is an indication for early delivery, also about efficacy and safety for both mother and fetus. In 94% of cases the misoprostol was effective for the preparation of the birth canal, but further research is needed to determine its optimal use in obstetric practice.

В современном акушерстве ведение беременности при осложненном ее течении требует решения многочисленных задач, среди которых основной является своевременное и бережное родоразрешение.

Досрочное прерывание беременности предполагает наше вмешательство при разном сроке беременности, в том числе и на последней ее неделе до возникновения спонтанной родовой деятельности, с расчетом получения жизнеспособного ребенка. Особого внимания заслуживает выбор метода родоразрешения, а также тщательный контроль состояния матери и плода. Индукция родов целесообразна, когда риск от пролонгирования беременности превышает риск самой индукции.

При наличии показаний для досрочного родоразрешения путем индукции необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний для проведения родов через естественные родовые пути, необходимо тщательно оценить состояние плода накануне индукции, получить согласие пациентки на проведение вмешательства и оценить состояние шейки матки. В настоящее время мы используем оценку состояния шейки матки по шкале Бишопа, в которой учитывается пять различных факторов: раскрытие, консистенция шейки матки, ее длина, расположение шейки матки по отношению к проводной оси таза, расположение подлежащей части относительно седалищных остей.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке эффективности и безопасности интравагинального введения мизопростола для подготовки шейки матки в доношенном сроке при осложненном течении беременности, изучение его безопасности для матери и плода.

В 2010 году подготовка шейки матки проведена у 114 беременных в возрасте от 19 до 40 лет, не имеющих противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути и применению простагландинов. Первородных было 56 и повторнородящих - 58. Все беременные прошли полное клиническое обследование, степень зрелости шейки матки определяли по шкале Бишопа, которая колебалась от 1 до 6 баллов. Показаниями к родоразрешению служили акушерские осложнения, включающие перенашивание беременности – 67 случаев, преэклампсия – 36 случаев, задержку внутриутробного развития плода – 2 случая.

Мизопропрост вводили в задний свод влагалища по 25 мкг (1/8 таблетки) через каждые 4 часа 3 раза в день зависимости от скорости созревания шейки матки и особенностей появляющейся сократительной деятельности матки. Контрольная оценка зрелости шейки матки производилась в динамике при последующем введении препарата. Во время подготовки к родам проводили динамическое наблюдение за состоянием беременных, оценивали состояние плода и сократительную активность матки с помощью кардиотокографии.

Доза мизопростола колебалась от 25 до 200 мкг в зависимости от степени зрелости шейки матки. Замет-

ные структурные изменения шейки матки в среднем происходили в первые 6-12 часов от начала введения препарата, родовая деятельность развилась в среднем через 15 часов от начала введения мизопростола. Общая продолжительность родов у первородящих составила $6,72 \pm 0,3$ часа, у повторнородящих – $4,2 \pm 0,3$ часа. Роды через естественные родовые пути произошли у 97 беременных. Операция кесарева сечения была у 17 рожениц. Показаниями явились отсутствие эффекта от подготовки родовых путей у 7 женщин, угрожающее состояние плода – в 4 случаях, клинически узкий таз у 2 женщин, слабость родовой деятельности в сочетании с гипоксией плода у 2 женщин и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 1 женщины.

Самым частым осложнением явилось несвоевременное излитие околоплодных вод (46 случаев), послеродовое кровотечение в 6 случаях, быстрые роды в 3 случаях. Послеродовый период в 1 случае осложнился гематометрой. Оценка новорожденного по шкале Апгар колебалась от 6 до 10 баллов, но зависела от исходного состояния плода в связи с осложненным течением беременности.

Таким образом, несмотря на то, что мизопропрост представляется весьма эффективным, недорогим и удобным в использовании препаратом для родовозбуждения, еще не до конца определена оптимальная и безопасная дозировка данного препарата. В связи с экономическими и, возможно, клиническими преимуществами применения мизопростола, возникает насущная потребность в проведении дальнейших исследований для определения его оптимального применения в акушерской практике.

Литература:

1. Кэмпбелл С. Акушерство от десяти учителей: Пер. с англ. /Под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. - 17-е изд. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 464 с.
2. Нисвандер К. Акушерство. Справочник Калифорнского университета. Под ред. К. Нисвандера и А. Эванса. Пер. с англ. - М., Практика, 1999. - 704 с.
3. Айламязян Э.К. Акушерство: национальное руководство /под ред. Э.К. Айламязяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
4. Савельева Г.М. Акушерство: учебник Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер– М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008 - 656 с.
5. Энкин Мэррей. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. / Мэррей Энкин, Марк Кейрс, Джеймс Нейлсон, Каролайн Краутер и др. / Пер с англ. под ред. А.В. Михайлова, Санкт-Петербург: Издательство «Петрополис», 2003. - 480 с.