

ГИПЕРТОНУС НИЖНЕГО СЕГМЕНТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**Хайитова Дилдора**

Азиатский международный медицинский университет, кафедра клинических предметов,
ассистент кафедры.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.13988329>

Аннотация. В настоящее время гипертонус матки считается самой распространенной причиной угрозы прерывания беременности в ранних и поздних триместрах беременности, которая характеризуется сокращениями матки в нижнем сегменте матки.

Ключевые слова: гипертонус, угроза беременности, обратный градиент давления, шейка матки.

HYPERTONICITY OF THE LOWER SEGMENT DURING PREGNANCY

Abstract. Currently, uterine hypertonicity is considered the most common cause of threatened miscarriage in the early and late trimesters of pregnancy, which is characterized by uterine contractions in the lower segment of the uterus.

Key words: hypertonicity, threat of pregnancy, reverse pressure gradient, cervix.

Сущность его заключается в возникновении обратного градиента, при котором волна сокращения начинается в нижнем маточном сегменте и распространяется на тело и дно матки. При этом нижний сегмент сокращается сильнее остальных отделов матки. В результате этого нижний сегмент при каждой схватке схватывает головку и тормозит ее продвижение по родовым путям.

Клиника: Схватки обычно сильные, болезненные, с локализацией боли внизу живота и в пояснице. Поведение роженицы часто становится беспокойным. При влагалищном исследовании определяется высокое расположение головки, замедленное раскрытие шейки матки, отсутствие давления головки на шейку матки при схватке. Шейка как бы “свисает рукавом”. Иногда удается определить (особенно при схватке) что за внутренним зевом, в области нижнего сегмента, имеется плотное мышечное кольцо, туго охватывающее головку и препятствующее ее продвижению. Очень информативной и важной для диагностики гипертонуса нижнего сегмента является многоканальная гистерография, которая может дать решающие сведения об этом виде аномалий родовой деятельности. Характерным является “обратный градиент”.

Роды нередко осложняются преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, гипоксией и родовой травмой плода.

Ведение родов: При выявлении гипертонуса нижнего сегмента и декомпенсированном состоянии плода коррекция СДМ не проводится, роды заканчиваются операцией кесарева сечения. При компенсированном состоянии плода необходимо произвести амниотомию (если плодный пузырь был цел), ввести β -адреномиметики или дать акушерский наркоз, ввести спазмолитики, продолжить кардиомониторное наблюдение за состоянием плода и гистерографический контроль за СДМ. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часа роды следует закончить операцией кесарева сечения, во избежании тяжелых последствий для новорожденного.

Тетания матки

Сущность этой патологии заключается в длительном сокращении маточной мускулатуры. Наиболее частыми причинами ее являются клиническое несоответствие головки плода и таза матери, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, передозировка утеротонических средств.

Клиника: Роженица ведет себя беспокойно из-за постоянных болей в животе и в пояснично-кресцовой области. При пальпации матка резко напряжена, болезненна, интервалов между схватками практически нет. В зависимости от причины тетании матки могут иметься симптомы клинически узкого таза (на стадии угрожающего разрыва матки) или клиника преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Данные влагалищного исследования различны в зависимости от причины патологии СДМ.

Состояние плода резко страдает вплоть до его смерти. Наружная гистерография дает достаточно характерную картину, которая подтверждает клинические данные.

Лечение: Если тетания матки возникла из-за утеротоников, их нужно немедленно отменить. Нужно ввести партусистен или дать наркоз с полным расслаблением матки и при отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути произвести операцию кесарева сечения.

REFERENCES

1. Gilbert G.L. Infections in pregnant women. Med J Aust 2002; 176: 229– 236. <https://www.mja.com.au/journal/2002/176/5/1-infections-pregnant-women>;
2. Palasanthiran P, Starr M, Jones C, Giles M; editors. Management of perinatal infections. Sydney: Australasian Society for Infectious Diseases, 2014.

3. Public Health Laboratory Network. Laboratory case definitions for diagnosis of communicable diseases. Canberra: Commonwealth of Australia, 2017.
4. LeBaron C.W., Forghani B, Beck C, et al. Persistence of mumps antibodies after 2 doses of measles-mumps-rubella vaccine. *J Infect Dis* 2009; 199: 552– 560.
5. Best J.M. Rubella. *Semin Fetal Neonatal Med* 2007; 12: 182– 192.
6. Cradock-Watson J.E., Ridehalgh MK, Anderson MJ, Pattison JR. Outcome of asymptomatic infection with rubella virus during pregnancy. *J Hyg (Lond)* 1981; 87: 147– 154.
7. Ahn K.H., Park YJ, Hong SC, et al. Congenital varicella syndrome: a systematic review. *J. Obstet. Gynaecol* 2016; 36: 563– 566.
8. Gilbert G.L. Parvovirus B19 infection and its significance in pregnancy. *Commun Dis. Intel.l* 2000; 24 (Suppl): 69– 71.
9. Bascietto F., Liberati M, Murgano D, et al. Outcome of fetuses with congenital parvovirus B19 infection: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 52: 569–
10. Tuksanova, D. I. (2019). Osobennosti sostoyanie parametrov gomeostaza i kardiogemodinamiki u zhenshchin s fiziologicheskim techeniem beremennosti. *Novyj den' v medicine-Tibbiyotda yangi kun-2019*, 1(25), 159-163.
11. Tuksanova, D. I. (2019). Features of the state of parameters of homeostasis and cardiodynamics in women with the physiological course of pregnancy. *Tibbietda yangi kun.Tashkent*, (1), 25.
12. Zaripova D.Ya., Tuksanova D.I., Negmatullaeva M.N. Osobennosti techeniya perimenopauzal'nogo perekhoda zhenshchin s ozhireniem. *Novosti dermatovenerologii i reproduktivnogo zdorov'ya*. № 1-2.2020 Str.39-42.– 66.