**ПАРАДИГМА ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ПРИ ТАЗОВИХ ПЕРЕДЛЕЖАННЯХ ПЛОДУ. МІФ АБО РЕАЛЬНІСТЬ?**

**Лазуренко Вікторія Валентинівна**

доктор мед. наук, професор,

завідувач кафедри акушерства та гінекології №2

Харківський національний медичний університет

**Пасієшвілі Нана Мерабівна**

доктор мед. наук, професор,

директор комунального некомерційного

підприємства Харківської обласної ради

 «Обласний клінічний перинатальний центр»

**Старкова Ірина Володимирівна**

канд. мед. наук,

доцент кафедри акушерства та гінекології №2

Харківський національний медичний університет

*Україна*

 Тазове передлежання плоду є однією із актуальних проблем у сучасному акушерстві. Це зумовлено, насамперед, низкою ускладнень, що виникають при цьому варіанті положення плоду. Проблеми утворюються як з боку виношування вагітності, так і з боку плоду. Діагностується наявність передчасних або затяжних пологів. У плоду формуються закидання однієї або двох ручок, складнощі при народжені голівки у вигляді її защемлення при спастичному стані шийки матки, розгинальне положення голівки, а також будь-яке травмування плоду. Також необхідно підкреслити велику кількість оперативних втручань під час тазових передлежань, а саме розродження шляхом кесарського розтину, відсоток якого досягає п’ятдесяти.

 Мета цієї роботи – показати наявність або відсутність існування парадигми у веденні пологів під час різноманітних варіантів тазових передлежань плоду.

 Нами проаналізовано 110 випадків пологів під час тазових передлежань плоду, які відбулися у Регіональному та Обласному перинатальних центрах міста Харкова. Пологи проходили у термінах вагітності від 35 до 39 тижнів, склавши в середньому 37,5 ± 0,2 тижні. Шляхом операції кесарського розтину розроджено 48 жінок (43,6 %). Планові втручання були зумовлені розгинальним положенням голівки плоду, передлежанням однієї або двох ніжок при діагностованому задньому виді тазових передлежань. Необхідно підкреслити, що у 15 жінок ( 13,6 %) виконаний ургентний кесарів розтин, зумовлений розвитком слабкості пологової діяльності та неефективністю проведення стимуляції скорочень матки; розвитком гострого внутрішньоутробного дистрес-синдрому плоду або передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, випадінням петель пуповини.

 Обговорюючи консервативний варіант ведення пологів, нами встановлено, що до нього зверталися у випадках задовільного стану матері й плоду як протягом вагітності, так і напередодні пологів; при встановленому задовільному співвідношенні розмірів плоду та тазу матері, достатній біологічній підготовці організму жінки до пологів, сгинальному положенні голівки плоду, та варіанту передлежання, який є оптимальним: чисте або змішане сідничне передлежання.

 Консервативне ведення пологів супроводжувалося безперервним кардіотокографічним спостереженням за серцебиттям плоду роділлі, її загальним станом, інтенсивністю перейм та просуванням передлеглої частини.

 Під час пологів у пацієнток з чисто сідничним передлежанням виконано ручний прийом за Цов’яновим у 40 жінок (36,4 %). Інші роділлі (22 спостереження, 20 %) розродженні спонтанно, без використання будь-яких оперативних втручань, але під ретельним спостереженням лікаря. Жінкам було запропоновано самостійно обрати оптимальне положення під час пологів. Усі пацієнтки займали позицію на колінах, спираючись руками о поверхні, розташовані на рівні грудного відділу тулубу. Спонтанні пологи пройшли без ускладнень, середня маса новонароджених склала 3200 ± 250 грамів, а оцінка за шкалою Апгар 8-9 балів. Оцінка загальної крововтрати показала об’єм 250-300 мл, та у трьох спостереженнях (2,7 %) встановлено розрив промежини першого ступеня, що було скориговано хірургічно.

 Аналізуючи представлені дослідження, ми дійшли до висновку, що не може існувати парадигми під час розродження жінок із наявністю будь-якого варіанта тазового передлежання. Кожний випадок при плануванні методу розродження необхідно оцінювати індивідуально та обирати метод ведення пологів відповідно до багатьох критеріїв та коригувати його відповідно до акушерської ситуації. Спонтанний перебіг пологів при тазових передлежаннях є допустимим й дозволяє певною мірою знизити відсоток оперативних втручань.