

БЪЛГАРСКО ДРУЖЕСТВО ПО АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ
BULGARIAN SOCIETY OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY



Volume 40
ISSN 0324-0959

4` 2000

РЕТРОСПЕКТИВЕН АНАЛИЗ ОТ ПРИЛОЖЕНИЕТО НА PgE₂-Tb (3 mg) ПРИ НЕЗАДОВОЛИТЕЛНО СЪСТОЯНИЕ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА ПРИ БРЕМЕНИ С ИНДИКАЦИИ ЗА ИНДУКЦИЯ НА РАЖДАНЕТО (1996-08.1998)

Е. Груева

ОРБ Русе – АГ комплекс

Резюме: Целта на ретроспективния анализ беше да установи резултата от приложението на PgE₂ таблетки за цервикално узряване при Bishop ≤ 4 – ефективност и безопасност. Проучването включваше 60 пациентки с различни индикации за индукция. Направен бе сравнителен анализ между две групи пациентки с преждевременно пукнат околоплоден мехур – първата група включваше 22 с приложение само на PgE₂ и втората – 18 пациентки с приложение само с Oxytocin.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT WITH PgE₂-tb (3 mg) OF PREGNANT WOMEN WITH INDUCED BIRTH INDICATIONS BECAUSE OF UNSATISFACTORY CERVIX CONDITION

E. Grueva

Summary: The aim of the retrospective analysis is to estimate the results of PGE treatment/or cervical ripening with Bishop score ≤ 4 – effectiveness and safety. The research includes 60 patients with different induction indications.

The comparative analysis has been carried out between 2 groups of patients with premature rupture of the amniotic membranes. The first group includes 22 patients treated only with Pg; and the second one includes 18 patients treated only with...

ВЪВЕДЕНИЕ

Предизвикване на раждането трябва да е: просто, ненавизливо, сигурно и ефективно. Целта – здрава жена да роди здраво дете. Амиотомията от много години е възприет метод за предизвикване на раждане при наличие на зрял цервикс. Проблемите при използването на Oxytocin са отдавна известни – удължената неонатална жълтеница, водна интоксикация, по-голямата склонност към хеморагии. Бързото настъпване на маточните контракции при използване на Oxytocin, не дава адекватно време на пациентката за психологична подготовка за стреса от раждането. Маточните и фетални усложнения се увеличават при пациентки, чието раждане се индуцира при наличие на неблагоприятен цервикс; същият увеличава вероятността от несполучлива индукция, продължително и завършващо по оперативен път раждане. Primigravidi са особено трудни пациентки. Колебанията в използването на простагландините за узряване на цервикса са цената и опасността и от хиперстимулацията.

ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО

Оценка ефективността и безопасността от приложението на PgE₂-Tb (3 mg) Uroion за цервикално узряване при Bishop ≤ 4. Направен беше ретроспективен анализ при бременни с индикации за индукция на раждането, като е сравнен узряващият ефект на таблетките с Oxytocin в групата с ППОМ.

КЛИНИЧЕН МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

В проучването бяха включени 60 пациентки с неблагоприятен цервикален статус (Bishop ≤ 4) при високорискови бременности с индикации за индукция (хронологично пролонгирана бременност, преeklampsia, foetus mortus, вродени малформации на плода, Rh isoimmunization, ППОМ), на които бе аплицирано PgE₂. Групата от 18 пациентки с ППОМ, с неблагоприятен статус по Bishop ≤ 4, с апликация с PgE₂, бе сравнена с групата от 22 пациентки, при същите условия, индуцирани с Oxytocin. Възрастовия диапа-

зон на пациентките беше от 14 до 32 години. В групата с ППОМ с PgE₂ – средна възраст 23,5 год., а в групата с ППОМ, индуцирани с Oxytocin – 22,0 год. Средната гестационна възраст беше 38,1 gs.

Необходими критерии за включване на пациентките в проучването бяха: максимум 3 раждания, наличие на жив плод (trite foetus mortus-a са били индикации за индукция), pr capitis, единична бременност. Изключени бяха пациентки с хирургични намеси върху матката (SC и hysterotomia) pr sacralis, bigemini, кървене (pl praevia) и други противопоказания за раждане per vias naturalis (астма, глаукома, инсулинов диабет, чувствителност към Pg).

МЕТОДИКА

След преглед беше поставена 1-ва tb — PgE₂ във fomix posterior. Мониторирана беше маточната активност и феталната сърдечна дейност до 1 час след това. След 6 часа, при липса на контракции беше правен втори преглед. При Bishop ≤ 4 беше поставена II-ра tb. При същите условия беше поставена III-та tb. При липса на контракции след III-та tb беше прави амиотомия. При неефективна родова дейност ($\delta \leq 2$ контракции за 10 min, с продължителност ≤ 30 s и липса в прогресиране на дилатацията на маточната шийка с 1-2 cm /h до 2 часа след амиотомията), се назначаваше iv Oxytocin (5-10 единици). При неуспех от трикратното приложение с PgE₂ и стимулация с Oxytocin за повече от 24 часа се пристъпваше към SC.

Данните, събирани по време на периода на наблюдение, включваха промени по Bishop, брой (%) пациентки, започващи активно раждане или имащи регулярни маточни контракции, майчини странични ефекти, маточна хиперстимулация.

Данните, отнасящи се до интрапартума, включваха брой (%) пациентки, изискващи Oxytocin, начина на родоразрешение. Като абнормална фетална сърдечна дейност се отчиташе острата брадикардия, повтарящите се късни децелерации.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Изследваните пациентки бяха сравнени по отношение на възраст, паритет, гестационна възраст, среден цервикален скор, при първоначален преглед по Bishop, индикации за индукция на раждането.

Разпределението на пациентките при използване на PgE₂ по възраст беше, както следва: средна възраст - 21,2 г. (14-32 г.), като при primi gravidi - 22,37 г. (14-32 г.), а при multi gravidi - 20,14 г. (18-29 г.).

В групата с ППОМ с PgE₂ средната възраст бе 23,5 г. (18-32 г.), като при primi gravidi - 23,65 г. (18-32 г.), а при multi gravidi - 21 г. (21 г.)

В групата с ППОМ Oxytocin средната възраст беше 22 г. (16-27 г.), като при primi gravidi - 22,25 г. (20-27 г.), а при multi gravidi - sec 16 г. (16 г.), ter - 24 г. (24 г.). Прави впечатление долната възрастова граница - 14 г., на адолесцентните бременни - това определя високия медицински и акушерски риск. Тези бременни са и в групата foetus mortus и вродени малформации; освен това са и в групата на primi gravidi-те.

Почти еднакъв е процентът на спонтанно родилите per vias naturalis при използването на PgE₂ и Oxytocin. Спонтанно родилите пациентки с PgE₂ са 55,91,66%, като разпределението според броя апли-

Таблица 1

Разпределение профила на пациентките в зависимост от индикациите и възрастта

№	Индикации	Брой	%	Години
1	Хронологично преносена бременност	28	46.66	25.85 (14-32)
2	Pre-Eclampsia	6	10.00	20 (17-22)
3	Обременена акушерска анамнеза	2	3.33	25 (22-28)
4	Foetus mortus	3	5.00	17.3 (14-20)
5	Вродени малформации	3	5.00	18.6 (14-24)
6	Rh isoimmunization	/	/	/
7	ППОМ	18	30.00	23.5 (18-32)
Общо		60	100.00	21.2 (14-32)

Таблица 2

Разпределение профила на пациентките в зависимост от индикациите, възрастта и паритета

№	Индикации	Брой	primi gravidi	%	Възр.	multi gravidi	%	Възр.
1	Хронологично преносена бременност	28	21	42.86	22.75 (14-32)	7	63.64	23.71 (18-29)
2	Pre-Eclampsia	6	5	10.2	20 (17-22)	1	9.09	20 (20)
3	Обременена акушерска анамнеза	2	2	4.08	25 (22-28)	/	/	/
4	Foetus mortus	3	2	4.08	17 (14-20)	1	9.09	18 (18)
5	Вродени малформации	3	2	4.08	26 (14-24)	1	9.09	18 (18)
6	Rh isoimmunization	/	/	/	/	/	/	/
7	ППОМ	18	17	39.69	23.65 (18-32)	1	9.09	21 (21)
Общо		60	49	100	22.37 (14-32)	11	100	20.14 (18-29)

Таблица 3

Сравнително разпределение на пациентките по възраст и паритет в групите на ППОМ таблетки/ППОМ Oxytocin

№	o	o	p	primi gravidi	%	p	primi gravidi sec	%	p	multi gravidi sec	%	p
1	PgE2 tb	18	23.5 (18-32)	17	94.44		1	5.55	21 (21)	/		
2	Oxytocin	22	22 (16-27)	16	72.72		2	9.09	16 (16)	4	18.18	24 (24)

цирани таблетки е: с 1 tb – 32 пациентки (58,18%), с 2 tb – 21 пациентки (38,18%), с 3 tb – 2 пациентки (3,64%).

В групата с ППОМ с PgE₂ спонтанно са родили 16 пациентки (88,88%), а тази с ППОМ с Oxytocin 20 пациентки (90,9%).

Необходимостта от индукция с PgE₂ е била почеста и по-необходима в групата на primi gravidi-те – с приложение до 3 tb, при 2 пациентки, докато в групата на multi gravidi са аплицирани максимално до 2 tb.

Отчетени са и параметрите – интервал от поставяне на първата таблетка до раждането, средно индукционно време, продължителност на активната фаза. Прави впечатление, че активната фаза е била скъсена трайно, особено при primi gravidi като латентната фаза не се различава особено от тази при нормално раждане.

Интервалът от поставяне на първата таблетка до

раждането при използване на PgE₂ е бил 17h 18min (като при primi gravidi – 17h 16 min., а при multi gravidi – 17h 20 min).

В групата с ППОМ с PgE₂ – 17h 18min (като при primi gravidi – 17h 16 min, а при multi gravidi – 17h 20 min). В групата с ППОМ с Oxytocin – 18h 50min (primi gravidi – 21h 50 min, multi gravidi – sec 12h 00 min, ter – 15h 35 min).

Средното индукционно време при използване на PgE₂ е 13h 34min (при primi gravidi – 13h 20 min, multi gravidi 13h 46 min). В групата с ППОМ с PgE₂ – 15h 28min (при primi gravidi 15h 06 min, а при multi gravidi – 15h 50 min). В групата с ППОМ с Oxytocin – 11h 05min (primi gravidi – 12h 49 min, multi gravidi – sec 4h 50 min, ter 6h 25 min).

Активната фаза при използване на PgE₂ е 3h 31min (primi gravidi 3h 43 min, multi gravidi 3h 20 min). В групата с ППОМ с PgE₂ – 3h 16min (при primi gravidi – 3h 23 min, multi gravidi – 3h 10 min). При ППОМ с

Таблица 4

Разпределение при пациентките с индикации за индукция в групата на спонтанно родилите след I, II и III tb

№	Индикации	Бр.	Сп. род.	%	след I tb	%	след II tb	%	след III tb	%
1	Хронологично преносена бременност	28	25	89.29	18	72	7	28	/	/
2	Preeclampsia	6	6	100	4	66.67	1	16.67	/	/
3	Обременена ак. анамнеза	2	2	100	/	/	2	100	/	/
4	Foetus mortus	3	3	100	1	33.33	2	66.67	/	/
5	Вродени малформации	3	3	100	1	33.33	2	66.67	/	/
6	Rh isoimmunization	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	ППОМ	18	16	88.89	8	50	7	43.75	1	6.25
Общо		60	55	91.66	32	58.18	21	38.18	2	3.64

Таблица 5

Разпределение при пациентките с индикации за индукция в групата на спонтанно родилите след I, II и III tb и в зависимост от паритета

№	Индикации	Бр.	Сп. род.	%	primi gravidi				multi gravidi							
					I tb	II tb	III tb	I tb	II tb	III tb						
					бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%	бр.	%		
1	Хрон. преносена бременност	28	25	89.29	15	60	4	16	/	/	3	12	3	12	/	/
2	Preeclampsia	6	6	100	3	50	1	16.67	1	16.67	1	16.67	/	/	/	/
3	Обременена ак. анамнеза	2	2	100	/	/	2	100	/	/	/	/	/	/	/	/
4	Foetus mortus	3	3	100	1	33.33	1	33.33	/	/	/	/	1	33.33	/	/
5	Вродени малформации	3	3	100	1	33.33	1	33.33	/	/	/	/	1	33.33	/	/
6	Rh isoimmunization	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	ППОМ	18	16	88.89	7	43.75	7	43.75	1	6.25	1	6.25	/	/	/	/
		60	55	91.66	27	49.09	16	29.09	2	3.65	5	9.09	5	9.09	/	/

Таблица 6

Разпределение на начините на раждане при пациентките с индикации за индукция

№	Индикации	Бр.	Сп. родили	%	Forcers minor	%	SC	%
1	Хронологично преносена бременност	28	25	89,29	1	3,57	2	7,14
2	Preeclampsia	6	6	100	/	/	/	/
3	Обременена ак. анамнеза	2	2	100	/	/	/	/
4	Foetus mortus	3	3	100	/	/	/	/
5	Вродени малформации	3	3	100	/	/	/	/
6	Rh isoimmunization	/	/	/	/	/	/	/
7	ППОМ	18	16	88,89	1	5,56	1	5,56
Общо		60	55	91,66	2	3,33	3	5

Oxytocin – 8h 33min (primi gravidi – 8h 30 min, multi gravidi – sec – 7h 00 min, ter – 9h 00 min).

При използване на PgE₂ честотата на SC е 5%; в групата с ППОМ с PgE₂ – 5,56%. В групата с ППОМ с Oxytocin – почти двойно повече – 9,01 %.

Ражданията завършили инструментално, при PgE₂ са 5 броя (8,33%). Със SC – 3 пациентки (5%) като в зависимост от броя аплицирани таблетки – с 1 tb – при една пациентка, с 2 и 3 tb – по една пациентка. Forcers minor е приложен при 2 пациентки (3,33%) – с апликация на 1 tb -при двете пациентки (с 2 и 3 tb – няма). В групата с ППОМ с PgE₂ – раждането е завършило инструментално при 2 пациентки (11,12%). При една пациентка раждането е завършило със SC (5,56%), като при пациентката е била аплицирана 1 tb и с forcers minor – 1 пациентка с апликация на 1 tb (5,56%).

При ППОМ с Oxytocin – при 2 пациентки се е наложило SC (9,01%). Не е имало пациентки с forcers minor.

Маточна хиперстимулация е имало при 2 пациентки (3,33%), които също са родили per vias naturalis.

Гастро-интестинални смущения, като гадене и повръщане е имало при 1 пациентка (1,66%) от групата с ППОМ с Pg E₂, при която бяха използвани 2 tb. Същата пациентка е родила per vias naturalis.

Необходимостта от Oxytocin за допълнителна стимулация на раждането е намалена (60% в групата с Pg E₂ и 83% в групата с ППОМ с Pg E₂). В групата с ППОМ с Oxytocin използването на Oxytocin е било 100%, като по броя на системите е било – с 1 система – 6 пациентки (27,7%), с 2 системи – 12 пациентки

(54,54%), с 3 системи – 2 пациентки (9,09%) и дори с 5 системи – 2 пациентки (9,09%). При две от пациентките с по 2 системи (9,09%) се е наложило да се пристъпи към SC.

ИЗВОДИ

Проучването показва, че:

1. По-трудно се постига успех при голям брой пациентки с неблагоприятен цервикален статус. При използването на Pg E₂ tb значителен брой от пациентките са родили спонтанно (91,66%).
2. Честотата на SC при използване на PgE₂ (5,0%) и ППОМ с PgE₂ (5,56%) е почти два пъти по-малка в сравнение с използването на Oxytocin (9,01%).
3. При използването PgE₂ tb маточните контракции се засилват по-постепенно и са по-слабо болезнени (т.е. наподобяват нормално раждане), като пациентката може да се движи свободно, почти като амбулаторна. Със скъсяване и на активната фаза по време на раждането (приблизително 3 h) престоят на пациентката в родилна зала с необходимостта на лекарско присъствие е намалена – важен фактор в днешния икономически климат.
4. Намалено е допълнителното използване на Oxytocin за стимулация (60%) при PgE₂ и 83% при ППОМ с Pg E₂.
5. Страничните явления като хиперстимулация и гастро-интестинални смущения са редки. Евентуалното използване на таблетки с по-малка доза би могло да минимализира нежеланият ефект от хиперстимулацията.
6. Песното поставяне на таблетите ги прави удобни за приложение.

КНИГОПИС

1. Андреев, Ж., Ил. Борисов. Индукция на раждането с простагландин E₂ при бременност с повишен риск. Акуш. и гинекол., XXI, 1982, 1, 70-78.
2. Андреев, Ж., Ил. Борисов, Ев. Матеева. Приложение на простагландин E₂ при индукция и стимулация на раждането. Акуш. и гинекол., XXII, 1983, 4, 285-290.
3. Божинова, С., В. Порожанова, К. Поповски, П. Божинов, С. Атанасова. Простагландин E₂ – ефективна алтернатива за индукция на раждането. Акуш. и гинекол.,

Таблица 7

Сравнително разпределение на пациентките според начините на раждане в групата на ППОМ таблетки/ППОМ Oxytocin

№	Показател	Общо	Спонт родил	%	Forcer minor	%	SC	%
1	ППОМ PgE ₂	18	16	88,88	1	5,55	1	5,55
2	ППОМ Oxytocin	22	20	90,09	0	0	2	9,01

XXX, 1995, 3, (1-4).

4. Борисов, Ил., Действие на окситоцина върху маточната съкратимост при раждане в сравнение с простагландини. Канд. дис., 1981.

5. Brawns, K., W. Michel, U. Zorens, H. K. Weltzel. Induction of labour by prostin E2 vaginal tablets in Comparison To Conventional Methods. 1st Europ. Congress of Prostaglandins in Reproduction, Vienna, Austria, 6-9. VII. 1988. Abstracts.

6. Casey, C., J. Kohoe, M. J. Mylotte. Vaginal prostaglandins for the ripe cervix. Intern. J. Gynec. Obstet., 44, 1994, 1, 21-26.

7. Day, M. L., B. J. Sheell. Use of Prostaglandins for induction of labour (Review). J. of Nurse-Midwifery, 38, 1993, 2, 42S-48S.

8. Gordon-Wright, A., M. Elder. Prostaglandin E2 tablets used intravaginally for the induction of labour. Br. J. Obstet. Gynaecol., 86, 1979, 32.

9. Granstrom, L., G. Ecmann, U. Ulmsten. Cervical priming

and labor induction with vaginal application of 3 mg PgE₂ in suppositories in term pregnant women with premature rupture of amniotic membranes in unfavourable cervix. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 66, 1987, 5, 429-437.

10. Kurup, A., S. Chua, S. Arulkumaran, K. F. Tham, D. Tay, S. S. Ratnam. Induction of labour in nulliparas with post cervical score: oxytocin or prostaglandin vaginal pessaries? Austr. N.Z.J. Obstet. Gynec., 31, 1991, 31, 223-226.

11. Lo, L., M. W. Ho, P. Leung. Comparison of prostaglandin E2 vaginal tablet with amniotomy and intravenous oxytocin for induction of labour. N.Z. J. Obstet. Gynaecol., 34, 1994, 2, 149-153.

12. Macaulay, J. M. J. Turner, H. Gordon. The use vaginal prostaglandin E2 tablets to induce labour in primi para with unfavourable cervix following spontaneous rupture of the membranes at or near term: a pilot study. J. Obstet. Gynaecol., 9, 1989, 193-196.

Акуш. и гинекол. Vol 40 №4 2000

Akush. i ginekol. Vol 40 №4 2000

Постъпила – Август, 2000

Received – August, 2000

ЛОКАЛИЗАЦИЯ НА ПЛАЦЕНТАТА И НЕИНОТО ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ПОЛОЖЕНИЕТО НА ПЛОДА В МАТКАТА

Е. Филипов, И. Борисов, Г. Коларов

СБАЛАГ "Майчин дом" ЕАД, Директор – Доц. Н. Доганов

Катедра по акушерство и гинекология, Ръководител – Доц. А. Димитров

Резюме: Съществуват различни мнения за влиянието на локализацията на плацентата върху положението на плода в матката. В случаите със седалищно предлежание те се групират около две възможности – плацентата превиа и рогово разположена плацентата като причини за седалищното предлежание. Целта на настоящото проспективно проучване е да се установи влиянието на локализацията на плацентата върху положението на плода в матката. Проследени са две групи бременни – първата (n=125) с главично предлежание на плода и втората със седалищно предлежание (n=124). Всички жени са нераждали, бременни в 37-40 г.с. с едноплодна бременност и липса на маточни и фетални аномалии. Локализацията на плацентата е установена чрез ултразвуково изследване. В първата група фундално-рогово разположение на плацентата е установено в 4,8%, докато във втората честотата е 62,6%. В групата със седалищно предлежание е установена предлежаща или ниско прикрепена плацентата в 3,2% и нито един случай при главично предлежание на плода. Основавайки се на установените данни се прави заключение, че локализацията на плацентата във фундално-роговата област влияе върху положението на плода в матката.

LOCALIZATION OF THE PLACENTA AND ITS INFLUENCE ON THE POSITION OF THE FETUS IN THE UTERUS

E. Filipov, I. Borisov, G. Kolarov

Summary. There are different opinions concerning the influence of the placental localization on the position of the fetus in the uterus. Two options are suggested in breech presentation – placenta praevia and cornual localization as possible causes for breech presentation. The aim of the present prospective study is to establish the influence of placental localization on the fetal position in the uterus. Two groups of pregnant women were examined – the first with cephalic presentation (n=125) and the second with breech presentation (n=124). All of the pregnant women examined were nulliparas, with term pregnancy (37-40 weeks). Uterine and fetal abnormalities were excluded. The localization of the placenta was determined by ultrasonography. The cornu-fundal localization of the placenta was found in 4,8% in the pregnant women with cephalic presentation and 62,6% in pregnant women with breech presentation. Placenta praevia or low insertion of the placenta was found in 3,2% of the cases with breech presentation and in none of the cases with cephalic presentation. The authors conclude on the basis of the data in the study that the localization of the placenta influences the fetal position in the uterus.

Влиянието на локализацията на плацентата върху положението на плода се дискутира много отдавна и е предмет на множество изследвания и експерименти. Особено често този въпрос е повдиган при седалищно предлежание. Много и различни теории са се опитвали да обяснят защо плода е разполо-

жен седалищно при около 3-4% от всички бременности на термин. Посочвани са различни причини: недоносеност, предлежание на плацентата, хидроцефалия, многоплодна бременност, мултипаритет, изменения на костния таз, формации и тумори стесняващи таза и др.

СЪДЪРЖАНИЕ

A. Николов, А. Димитров, Л. Вакрлюва, Н. Яръкова – КИСЛОРОДНАТА САТУРАЦИЯ НА ПЛОДА ПО ВРЕМЕ НА НОРМАЛНО РАЖДАНЕ	3
E. Груева – РЕТРОСПЕКТИВЕН АНАЛИЗ ОТ ПРИЛОЖЕНИЕТО НА P _g E ₂ – Tb (3 mg) ПРИ НЕЗАДОВОЛИТЕЛНО СЪСТОЯНИЕ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА ПРИ БРЕМЕНИ С ИНДИКАЦИИ ЗА ИНДУКЦИЯ НА РАЖДАНЕТО (1996-08, 1998)	7
E. Филипов, И. Борисов, Г. Коларов – ЛОКАЛИЗАЦИЯ НА ПЛАЦЕНТА И НЕЙНОТО ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ПОЛОЖЕНИЕТО НА ПЛОДА В МАТКАТА	11
Бл. Пехливанов, Н. Милчев – НЕАКУШЕРСКИ ИНДИКАЦИИ ЗА ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ ПО МАТЕРИАЛИ НА АГ-КАТЕДРА ВМИ-ПЛОВДИВ	13
Л. Лазаров, Ив. Тодоров – ЦЕЗАРЕВО СЕЧЕНИЕ: ПЛАНОВО (ЕЛЕКТИВНО) В ХОДА НА РАЖДАНЕТО И СПЕШНО. ВЗАИМОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ РАЗЛИЧНИ ПОКАЗАТЕЛИ	16
A. Димитров, Д. Ценов, Г. Ганева – ПРИЧИНИ ЗА УСЛОЖНЕНО ЗАРАСТВАНЕ НА ЕПИЗИОТОМИИТЕ	17
Н. Жекова, Д. Калайков – ДИНАМИКА И СТРУКТУРА НА НЕОНАТАЛНАТА СМЪРТНОСТ В БЪЛГАРИЯ – ЧАСТ II ДИНАМИКА И СТРУКТУРА НА НЕОНАТАЛНИЯ ЛЕТАЛИТЕТ В ДУБ „МАЙЧИН ДОМ“	20
ОБЗОРИ	
Д. Ценов – ЕНДОМЕТРИОЗАТА В АДОЛЕСЦЕНТНА ВЪЗРАСТ – ХАРАКТЕРНИ ЧЕРТИ	24
Д. Ценов – ЕНДОМЕТРИОЗАТА В АДОЛЕСЦЕНТНА ВЪЗРАСТ – ЛЕЧЕНИЕ	26
A. Николов, И. Ковачев, Ю. Петков, А. Димитров – ПРИЛОЖЕНИЕ НА НИСКОМОЛЕКУЛЯРНИ ХЕПАРИНИ В АКУШЕРСТВОТО	28
К. Майнхард, А. Николов, А. Димитров – ДИАГНОЗА И ДИФЕРЕНЦИАЛНА ДИАГНОЗА НА ПРОСТРАНСТВО-ЗАЕМАЩИ ОБРАЗОВАНИЯ НА ПЪПНАТА ВРЪВ	34
Р. Русева – ТРАНСВАГИНАЛНАТА УЛТРАЗОНОГРАФИЯ КАТО СКРИНИНГ МЕТОД ЗА ОВАРИАЛНИЯ КАРЦИНОМ	37
И. Трифонов, М. Тодорова, Ж. Узунова – СТИМУЛАЦИЯ НА ОБУЛАЦИЯТА И КАРЦИНОМ НА ЯЙЧНИЦИТЕ. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	39
П. Тодоров, С. Златарев, Йосиф Димитров – ИЗПОЛЗВАНЕ НА ЗАМРАЗЕНА ЧОВЕШКА СЕМЕННА ТЕЧНОСТ	41
A. Димитров, И. Кожинидис, Л. Дуковски – ВЛИЯНИЕ НА АБОРТА ПО ЖЕЛАНИЕ ДО 12-ТА СЕДМИЦА НА БРЕМЕННОСТТА ВЪРХУ РАЗМЕРИТЕ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА	43
С. Калайджиев – ИМУНЕН ИНФЕРТИПИТЕТ СПЕД ПАРОТИТЕН ОРХИТ?	46
КАЗУИСТИКА	
И. Василев, М. Гълъбова, В. Велев, Ст. Бузалов, М. Тодорова – ВРОДЕНО ЛАРИНГОМУКОЦЕЛЕ – ОПИСАНИЕ НА ЕДИН СЛУЧАЙ С ЛЕТАЛЕН КРАЙ	48
Н. Лазаров, Л. Лазаров, М. Ангелова – КИСТА ПАРАОВАРИАЛИС ПЕРМАГНА ПРИ 18-ГОДИШНА ПАЦИЕНТКА	50
ЗА ПРАКТИКАТА	
E. Рачев, Г. Стаменов, Н. Давидкова – ПОВЛИЯВАНЕ НА КЛИМАКТЕРИЧНАТА СИМПТОМАТИКА ЧРЕЗ ФИТОЕСТРОГЕНЕН ПРЕПАРАТ-SOYAVITAL	51
В. Мазнейкова, Ст. Иванов, Д. Марков – ПРОФИЛАКТИКА НА ПОСТАБОРТЕН ЕНДОМЕТРИТ С ПРЕПАРАТА CEDAX	53
Ст. Каварджикова – КЛИНИЧЕН ОПИТ С ПРЕПАРАТА MAGNEROT® ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАПЛАШВАЩ АБОРТ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННО РАЖДАНЕ	54

CONTENTS

A. Nikolov, A. Dimitrov, L. Vakrlova, N. Yarkova – FETAL OXYGEN SATURATION DURING NORMAL DELIVERY	3
E. Grueva – RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT WITH P _g E ₂ Tb (3 mg) OF PREGNANT WOMEN WITH INDUCED BIRTH INDICATIONS BECAUSE OF UNSATISFACTORY CERVIX CONDITION	7
E. Filipov, Il. Borisov, G. Kolarov – LOCALIZATION OF THE PLACENTA AND ITS INFLUENCE ON THE POSITION OF THE FETUS IN THE UTERUS	11
Bl. Pehlivanov, N. Milchev – NON-OBSTETICAL INDICATIONS FOR CAESAREAN SECTION IN HIGHER MEDICAL INSTITUTE – PLOVDIV	13
L. Lazarov, Iv. Todorov – CESAREAN SECTION: ELECTIVE, CESAREAN SECTION DURING THE DELIVERY AND EMERGENCY CESAREAN SECTION, INDICATIONS, DELIVERY, COMPLICATIONS AND STATUS OF THE NEWBORN	16
A. Dimitrov, D. Tsenov, G. Ganeva – CAUSES OF DISTURBED HEALING OF EPISIOTOMY	17
N. Jekova, D. Kalaykov – EVOLUTION AND STRUCTURE OF NEONATAL MORTALITY IN BULGARIA - PART II. DINAMICS AND STRUCTURE OF NEONATAL LETHALITY IN UNIVERSITY MATERNITY HOSPITAL MAICHIN DOM	20
REVIEWS	
D. Tsenov – ENDFMETRIOSIS IN ADOLESCENT AGE – CHARACTERISTIC FEATURES	24
D. Tsenov – ENDOMETRIOSIS IN ADOLESCENT AGE – TREATMENT	26
A. Nikolov, I. Kovatchev, J. Petkov, A. Dimitrov – ADMINISTRATION OF LOWMOLECULAR HEPARINS IN OBSTETRICS	28
K. Mainhard, A. Nikolov, A. Dimitrov – DIAGNOSIS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SPACE-OCCUPYING DISORDERS OF THE UMBILICAL CORD	34
R. Ruseva – TRANSVAGINAL ULTRASONOGRAPHY AS A SCREENING METHOD FOR OVARIAL CARCINOMA	37
I. Todorov, M. Todorova, J. Uzunova – SIMULATION OF OVULATION AND OVARAIN CARCINOMA	39
Plamen Todorov, Stoyan Zlatarov, Yossif Dfmitrov – USE OF FROZEN HUMAN SEMEN	41
A. Dimitrov, I. Kokinidisa, A. Doukovski – INFLUENCE OF THE ELECTIVE ABORTION UP TO THE 12th WEEK OF REGNANCY ON THE DIMENSIONS OF THE CERVIX UTERI	43
S. Kalaydjiev – IMMUNE INFERTILITY AFTER MUMPS ORHITIS	46
CASE REPORTS	
I. Vasilev, M. Gulubova, V. Velev, St. Buzalov, M. Todorova – INBORN LARYNGOMUCOCELE – DESCRIPTION OF A CASE WITH LETAL EXIT	48
N. Lazarov, L. Lazarov, M. Angelova – CYSTA PARAOVARIALIS PERMAGNA IN AN 18-YEAR PATIENT	50
FOR THE PRACTICE	
E. Ratchev, G. Stamenov, N. Davidkova – THE INFLUENCE OF PHYTOESTROGEN DRUG SOYAVITAL ON THE CLIMACTERIC SYMPTOMS	51
V. Mazneikova, St. Ivanov, D. Markov – PROPHYLACTICS OF THE POSTOABORTION ENDOMETRITIS WITH CEDAX	53