

УДК: 618.531.6-06:618.14-006.36]-082  
DOI: 10.24061/2413-4260.IX.1.31.2019.6**О. М. Крупник**Одеський національний медичний університет  
(м. Одеса Україна)РАЦІОНАЛЬНЕ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК  
ІЗ МІОМОЮ МАТКИ ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕ-  
РЕДЛЕЖАННІ ПЛОДА - ЗНИЖЕННЯ ПО-  
КАЗНИКІВ МАТЕРИНСЬКОЇ  
ЗАХВОРЮВАННОСТІ**Резюме**

**Вступ.** Тазове передлежання плода (ТПП) у жінок із міомою матки - це клінічні випадки, що все частіше зустрічаються у сучасній практиці акушерів-гінекологів. У зазначеному питанні увагу науковців привертає аспект оперативного розродження таких пацієнток, що потребує обов'язкового врахування як незапланованої необхідності розширення об'єму кесаревого розтину (міомектомія, видалення матки), так й збільшення інтраопераційної крововтрати.

**Мета.** Зниження показників материнської захворюваності у жінок із міомою матки при ТПП шляхом розробки оптимального способу їх розродження.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз пологів у вперше- та вдруге народжуючих пацієнток із міомою матки та доношеною вагітністю одним плодом у тазовому передлежанні - основна група (ОГ) - (n=40). Контрольну групу (КГ) - (n=40) склали вперше- та вдруге народжуючі жінки без міоми матки із доношеною вагітністю у ТПП. Всі жінки народжували на етапі Одеського обласного перинатального центру. Для обробки даних використовували програмне забезпечення Microsoft Office Excel 2017.

**Результати дослідження.** Аналіз отриманих даних показав, що гінекологічний анамнез жінок ОГ достовірно частіше обтяжувався: пізнім менархе 12 (30 %), аномальними матковими кровоточками 9 (22,5 %) та дисменореєю 18 (45 %) (p<0,05). Встановлено, що жінки КГ майже в два рази частіше 32 (80 %) народжували через природні пологові шляхи. В ОГ 17 (42,5 %) консервативні пологи відбувалися при наявності у пацієнток поодиноких субсерозних або інтрамуральних міоматозних вузлів розмірами не більше 5 см із локалізацією в тілі матки (p<0,05). Визначено, що вагітність жінок ОГ в три рази частіше завершувалася оперативним розродженням 23 (57,5 %) на відміну від КГ - 8 (20 %) (p<0,05). Всі випадки кесаревого розтину в ОГ були попередньо запланованими у зв'язку із такими варіантами фіброзної пухлини як: множинні вузли, поодинокі вузли із центрипільним ростом, локалізація їх в нижньому сегменті матки та великі розміри (5 - 16 см). Показано, що попереднє планування оперативного способу розродження при міомі матки й ТПП ОГ - 23 (57,5%) не запобігає виникненню ургентних ситуацій 7 (30,4 %), які саме й ускладнюються необхідністю розширення об'єму операції 3 (13 %). Випадки елективного кесаревого розтину серед жінок ОГ розширення об'єму не потребували в жодному разі. В свою чергу, попереднє планування консервативних пологів при ТПП КГ - 40 (100%) також не запобігає виникненню випадків ургентного оперативного розродження - 8 (20 %), провідним показанням до якого виступає порушення пологової діяльності - 4 (50 %).

**Висновки.** Зважений акушерський підхід до питання міоми матки при ТПП, з урахуванням варіанту фіброзної пухлини у кожному окремому випадку, сприяє попередньому визначенню оптимального способу розродження для кожної окремої жінки, що може бути ефективним у питаннях зниження показників материнської захворюваності таких пацієнток за рахунок зменшення як оперативних пологів, так й випадків розширення операції кесаревого розтину.

**Ключові слова:** тазове передлежання плода; міома матки; спосіб розродження.

Тазове передлежання плода (ТПП) у жінок із міомою матки - це клінічні випадки, що все частіше зустрічаються у сучасній практиці акушерів-гінекологів. За даними світової та вітчизняної літератури актуальність проблеми зумовлена не стільки ТПП, частота якого впродовж багатьох років залишається незмінною в популяції (3-4 %), скільки суттєвими змінами саме у питаннях пухлинної патології матки [1, 2]. Так, сьогодні розповсюдженість міоми матки під час вагітності в світі сягає від 1,6 % до 12 % випадків. Цьому сприяють як тенденції до розширення репродуктивних меж сучасних жінок, так й збільшення частоти виникнення фіброзних пухлин матки у пацієнток більш молодого віку (80 % після 30 років) [3, 4]. За даними світових дослідників, до численних репродуктивних ускладнень, що спричиняються міомою матки, слід віднести й ТПП. При цьому, вагітність із ТПП, що стає наслідком саме наявної фіброзної пухлини матки, характеризується переліком невідворотних гестаційних ускладнень (35-80%) та завершується за-

вжди кесаревим розтином [5, 6]. Однак, питання оперативного розродження жінок із міомою матки привертають особливу увагу багатьох науковців у зв'язку із аспектами частішої необхідності розширення об'єму оперативного втручання (міомектомія, видалення матки) або збільшення інтраопераційної крововтрати. З цього приводу цікавими для подальшого вивчення виступають існуючі наукові дані щодо відсутності однозначної залежності ТПП від наявної міоми матки та можливості завершення більшості вагітностей із міомою фізіологічним шляхом [7, 8, 9]. Втім, питання можливого зниження частоти кесаревого розтину серед таких пацієнток потребує розробки індивідуального диференційованого підходу, що забезпечуватиме раціональне їх розродження.

**Мета дослідження**

Зниження показників материнської захворюваності у жінок із міомою матки при ТПП шляхом розробки оптимального способу їх розродження.

### Матеріали та методи

Проаналізовано перебіг пологів у вперше- та вдруге народжуючих пацієнток із міомою матки та доношеною вагітністю одним плодом у тазовому передлежанні - основна група (ОГ) - (n=40). До настання теперішньої вагітності консервативне або оперативне лікування міоми матки не проводилося в жодному випадку. З дослідження були виключені пацієнтки із вродженими аномаліями пологових шляхів, передчасними пологами, багатоплідною вагітністю та вродженими вадами розвитку внутрішньоутробної дитини. Всі жінки народжували на етапі Одеського обласного перинатального-центру (III рівень надання акушерської допомоги) в 2014 - 2017 рр. Контрольну групу (КГ) - (n=40) склали вперше- та вдруге народжуючи жінки без міоми матки із доношеною вагітністю у ТПП.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office Excel 2017. Статистично значущими вважались значення  $p < 0,05$ .

### Результати дослідження

За результатами клініко-статистичного аналізу пацієнтки у групах дослідження не мали вікової різниці: ОГ -  $31,1 \pm 1,03$  роки, в КГ -  $32,4 \pm 0,97$  роки ( $p > 0,05$ ).

Перебіг вагітності у жінок обох груп найчастіше ускладнювався наступною екстрагенітальною патологією: захворювання серцево-судинної системи ОГ - 5 (12,5 %), КГ - 7 (17,5 %), захворювання шлунково-кишкового тракту ОГ - 6 (15 %), КГ - 4 (10 %) та захворювання сечовивідної системи ОГ - 4 (10 %), КГ - 5 (12,5 %) ( $p > 0,05$ ).

З представлених даних щодо гінекологічного анамнезу встановлено, що для пацієнток із міомою матки досить часто притаманні: пізні, у віці 15-16 років, менархе 12 (30 %) - ОГ, 2 (5 %) - КГ; аномальні маткові кровотечі 9 (22,5 %) - ОГ, 1 (2,5%) - КГ та дисменорея 18 (45 %) - ОГ, 4 (10%) - КГ ( $p < 0,05$ ).

Показники несприятливих наслідків попередніх вагітностей в групах дослідження достовірно розрізнялися за кількістю та структурою. Так, в ОГ випадки (один та більше) переривання вагітності до 12 тиж. гестації за власним бажанням реєструвалися майже серед половини пацієнток 19 (47,5 %). В той час як жінки КГ вказували лише на природню втрату вагітності 8 (20 %): самовільний викидень - 5 (62,5 %) та завмерла вагітність - 3 (37,5 %) ( $p < 0,05$ ).

З акушерського анамнезу було з'ясовано: першонароджуючих в ОГ - 11 (27,5 %) в КГ - 22 (55%) жінок ( $p < 0,05$ ). Ускладнень попередніх пологів та післяпологового періоду у досліджуваних обох груп не було.

Всі пацієнтки груп дослідження були взяті на облік протягом I триместру гестації та відвідували жіночу консультацію регулярно.

Наявність міоми матки у пацієнток ОГ в жодному випадку не заважала пролонгуванню вагітності та не потребувала передчасного розродження.

Серед гестаційних ускладнень, що реєструвалися майже однаково часто у вагітних жінок ОГ та КГ мали місце: ранній токсикоз 8 (20 %) - ОГ, 8 (20 %) - КГ, анемія вагітних легкого та серед-

нього ступеню 11 (27,5 %) - ОГ, 7 (17,5 %) - КГ та гестаційні набряки 8 (20 %) - ОГ, 10 (25%) - КГ ( $p > 0,05$ ). Слід зазначити, що виникнення пре-еклампсії із помірним й тяжким характером перебігу частіше реєструвалося серед пацієнток ОГ - 9 (22,5%). В КГ зазначене ускладнення проявлялося виключно помірним ступенем важкості лише у 2 вагітних (5 %) ( $p < 0,05$ ). Щодо симптомів загрози переривання вагітності, то достовірно частіше вони турбували теж пацієнток ОГ - 26 (65 %), характеризувалися своїм раннім виникненням й стійким, рецидивуючим перебігом. Серед жінок КГ зазначене ускладнення зустрічалося лише у 6 (15%) випадках, а його прояви характеризувалися короткочасністю й легкістю регресії ( $p < 0,05$ ).

Безпосередній аналіз пологів показав, що через природні пологові шляхи вагітність завершилася у 17 (42,5%) пацієнток ОГ та 32 (80%) КГ ( $p < 0,05$ ). Жінки ОГ, які народили самостійно у ТПП мали поодинокі субсерозні або інтрамуральні міоматозні вузли розмірами не більше 5 см із локалізацією в тілі матки. Всі консервативні пологи пацієнток ОГ були запланованими попередньо. Встановлено, що наявність міоматозних вузлів зазначеного характеру не впливає негативно на тривалість пологів та перебіг післяпологового періоду. Так, середня тривалість пологів в ОГ у першонароджуючих становила  $723,42 \text{ хв.} \pm 35,11 \text{ хв.}$ , у повторнонароджуючих -  $558,44 \text{ хв.} \pm 17,32 \text{ хв.}$ ; у КГ  $705,07 \text{ хв.} \pm 15,52 \text{ хв.}$  та  $512,33 \text{ хв.} \pm 19,31 \text{ хв.}$  відповідно ( $p > 0,05$ ). Середня тривалість безводного періоду в групах дослідження також не розрізнялася: ОГ -  $332,24 \pm 10,11 \text{ хв.}$ , КГ -  $302,27 \pm 14,21 \text{ хв.}$  ( $p > 0,05$ ). Щодо ускладнень післядогового періоду, то їх не було в жодному випадку, а його тривалість сягала в ОГ -  $25,07 \pm 2,13 \text{ хв.}$ , в КГ -  $21,08 \pm 1,56 \text{ хв.}$  ( $p > 0,05$ ). Крововтрата в пологах була виключно фізіологічною, однак дещо більшою серед пацієнток ОГ ( $367 \pm 28,32 \text{ мл}$ ), КГ ( $236 \pm 10,44 \text{ мл}$ ) ( $p < 0,05$ ).

Згідно наших досліджень оперативне розродження при ТПП значно частіше відбувалося в ОГ - 23 (57,5 %), тоді як серед пацієнток КГ зазначений спосіб розродження реєструвався майже в три рази менше - 8 (20 %) випадків ( $p < 0,05$ ). Слід наголосити, що в ОГ кесарів розтин був запланований попередньо на 38,5 тиж. гестації у всіх 23 (57,5 %) кандидаток. Такий підхід було обумовлено саме наявністю фіброзної пухлини матки у вигляді: множинних вузлів, поодиноких вузлів із центрипільним ростом, локалізацією їх в нижньому сегменті матки або великих їх розмірів - від 5 до 16 см. Втім, досліджувані КГ, чия вагітність завершилася кесаревим розтином, попереднього його планування в жодному випадку не мали.

Встановлено, що попередньо обраний спосіб оперативного розродження в ОГ не завжди виконувався в запланований час. Так, у структурі кесаревого розтину ОГ реєструвалося 7 (30,4 %) випадків ургентного розродження у зв'язку із: відшаруванням нормально розташованої плаценти 2 (28,6 %), відходженням навколоплодової рідини 2 (28,6 %) та прееклампсією важкого ступеню 3 (42,8 %). Вдатися до розширення об'єму операції довелося саме під час ургентного розродження 3 (13 %) жінок ОГ: гістероектомія 2 (8,7 %) випадки

та поетапна деваскуляризація матки 1 (4,3 %) випадок. При цьому, структура показань щодо оперативного завершення вагітності кандидаток КГ в ургентному порядку виглядала дещо інакше: слабкість пологової діяльності 4 (50 %), інтранатальний дистрес плода 1 (12,5 %), клінічно вузький таз 1 (12,5 %) та незрілість пологових шляхів при відходженні навколоплодової рідини 2 (25 %). Випадків розширення операції кесаревого розтину в КГ не було.

Аналіз випадків планового кесаревого розтину 17 (42,5 %) у пацієток ОГ показав, що більшість операцій завершувалася без потреби розширення 12 (70,6 %). Втім, об'єм розширення до якого доводилося вдаватися під час планового оперативного розродження обмежувався: міомектомією 3 (17,6 %) випадки та поетапною деваскуляризацією матки 2 (11,8 %) випадки.

В обох групах народилося по 40 малюків. Середня маса новонароджених була нижчою в ОГ та становила  $3120 \pm 126$  г, в КГ -  $3540 \pm 241$  г ( $p < 0,05$ ). Середня клінічна оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар на 1-й (ОГ -  $7,3 \pm 0,5$ ; КГ -  $7,5 \pm 0,7$  бала) та 5-й (ОГ -  $8,4 \pm 1,2$ ; КГ -  $8,6 \pm 1,0$  бала) хвилини життя свідчила про відсутність достовірної її різниці у групах спостереження ( $p > 0,05$ ).

Отже, врахування не лише наявності міоми матки, а й варіанту фіброзної пухлини у кожному окремому випадку дозволяє розглядати ТПП не завжди як її наслідок. Такий комплексний підхід сприяє попередньому визначенню оптимального способу розродження, що може бути ефективним у питаннях зниження показників материнської захворюваності за рахунок зменшення як оперативних пологів, так й випадків розширення операції кесаревого розтину.

## Висновки

1. Аналіз даних акушерсько-гінекологічного анамнезу пацієток досліджуваних груп свідчить про достовірно частішу наявність в ОГ таких порушень як: пізні менархе 12 (30 %), аномальні маткові кровотечі 9 (22,5 %) та дисменорея 18 (45%). Також у зазначеній групі майже у половині жінок 19 (47,5 %) реєструвалися випадки несприятливих наслідків попередніх вагітностей у вигляді переривання (1 або >) за власним бажанням до 12 тиж. гестації ( $p < 0,05$ ).

2. Встановлено, що через природні пологові шляхи майже в два рази частіше народжували жінки КГ 32 (80 %). В ОГ 17 (42,5 %) консервативні пологи відбувалися за умов наявності у пацієток поодиноких субсерозних або інтрамуральних міоматозних вузлів розмірами не більше 5 см із локалізацією в тілі матки ( $p < 0,05$ ). Фіброзні пухлини зазначеного варіанту не впливали негативно на тривалість поло-

## Література

1. Корчинська ОО, Гульпе КЮ, Волошина УВ. Акушерські та перинатальні аспекти тазового передлежання плода: добре відомі факти і нові підходи до проблеми. Здоров'я жінки. 2014;4:46-9.
2. Можейко ЛФ, Лапотко МЛ, Карбанович ВО. Исходы беременности и родов у женщин с миомой матки. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2012;5:389-91.
3. Можейко ЛФ, Лапотко МЛ, Карбанович ВО. Современные аспекты этиопатогенеза и классификации миомы матки. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2013;1:56-61.
4. Фоминова ГВ, Ляличкина НА, Косенко ЮЮ, Фоминова ИС, Захаров АА. Течение гестационного процесса и родоразрешение пациенток с миомой матки. Современные проблемы науки и образования. 2018;4. Доступно на: <https://www.science-education.ru/article/view?id=27718>
5. Умаров ЗМ. Факторы риска развития тазового предлежания плода. В: Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI Веке»; 2010. Т.12(3). с.336.

гів та перебіг післяпологового періоду в ОГ.

3. Визначено, що вагітність жінок із міомою матки в три рази частіше завершувалася оперативним розродженням ОГ - 23 (57,5 %) на відміну від КГ - 8 (20 %) ( $p < 0,05$ ). Всі випадки кесаревого розтину в ОГ були попередньо запланованими у зв'язку із такими варіантами фіброзної пухлини як: множинні вузли, поодинокі вузли із центріпільним ростом, локалізація їх в нижньому сегменті матки та великі розміри (5 - 16 см). Досліджувані КГ, чия вагітність завершилася кесаревим розтином, попереднього його планування в жодному випадку не мали.

4. Показано, що навіть попереднє планування оперативного способу розродження при міомі матки й тазовому передлежанні плода ОГ — 23 (57,5 %) не запобігає виникненню ургентних ситуацій 7 (30,4 %), які саме й ускладнюються необхідністю розширення об'єму операції 3 (13 %). Випадки електричного кесаревого розтину серед жінок ОГ розширення об'єму не потребували в жодному разі.

5. Доведено, що попереднє планування консервативних пологів при тазовому передлежанні плода КГ - 40 (100%) не запобігає виникненню випадків ургентного оперативного розродження - 8 (20%), провідним показанням до якого виступає порушення пологової діяльності - 4 (50 %). Однак, завчасне визначення оперативного способу розродження при тазовому передлежанні плода демонструє ефективне попередження випадків необхідності розширення об'єму кесаревого розтину.

## Перспективи подальших досліджень

Подальше вивчення та впровадження в практику індивідуального комплексного підходу у визначенні способу розродження пацієток із міомою матки при ТПП має призвести до суттєвого зниження показників материнської захворюваності внаслідок таких пологів. Сприятливі результати можна бути очікувати як за рахунок ретельного відбору зазначених пацієток, які можуть народити самостійно, так й за рахунок попереднього планування обґрунтованого способу розродження, що з високою ймовірністю сприятиме ефективному попередженню кількості ускладнень під час пологів у таких пацієток.

**Конфлікт інтересів.** Автори не заявляли будь-якого конфлікту інтересів.

**Фінансова підтримка:** Автори не зазначили будь-якої грантової підтримки при виконанні досліджень.



6. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK. Management of breech presentation. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet]. 2017[cited 2018 Dec 29];124(7):e151-77. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.14465> doi: 10.1111/1471-0528.14465

7. Ouyang DW, Norwitz ER. Pregnancy in women with uterine leiomyomas (fibroids). UpToDate [Internet]. [updated 2019 Jan 30, cited 2019 Feb 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-women-with-uterine-leiomyomas-fibroids?search=pregnancy-in-women-with-uterine-leiomyomasfibroids&source=search\\_result&selectedTitle=7~150&usage\\_type=default&display\\_rank=7](https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-in-women-with-uterine-leiomyomas-fibroids?search=pregnancy-in-women-with-uterine-leiomyomasfibroids&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7)

8. Topcu HO, Iskender CT, Timur H, Kaymak O, Memur T, Danişman N. Outcomes after cesarean myomectomy versus cesarean alone among pregnant women with uterine leiomyomas. Int J Gynecol Obstet. 2015;130(3):244-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.03.035

9. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. WHO statement on caesarean section rates. BJOG [Internet]. 2016[cited 2018 Dec 26];123(5):667-70. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.13526> doi: 10.1111/1471-0528.13526.

## РАЦИОНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА - СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРИНСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

*О.М. Крупник*

Одесский национальный медицинский университет  
(Одесса, Украина)

### Резюме

**Введение.** Тазовое предлежание плода (ТПП) у женщин с миомой матки - это клинические случаи, все чаще встречающиеся в современной практике акушеров-гинекологов. В указанном вопросе внимание ученых привлекает аспект оперативного родоразрешения таких пациенток, который требует обязательного учета как возможно незапланированной необходимости расширения объема кесарева сечения (миомэктомия, удаление матки), так и увеличение интраоперационной кровопотери.

**Цель.** Снижение показателей материнской заболеваемости у женщин с миомой матки при ТПП путем разработки оптимального способа их родоразрешения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ родов у перво- и повторнородящих пациенток с миомой матки и доношенной беременностью одним плодом в тазовом предлежании - основная группа (ОГ) - (n = 40). Контрольную группу (КГ) - (n = 40) составили перво- и повторнородящие женщины без миомы матки с доношенной беременностью в ТПП. Все роды проведены на этапе Одесского областного перинатального центра. Для обработки данных использовали программное обеспечение Microsoft Office Excel 2017.

**Результаты исследования.** Анализ полученных данных показал, что гинекологический анамнез женщин ОГ достоверно чаще отягощался: поздним менархе 12 (30%), аномальными маточными кровотечениями 9 (22,5%) и дисменореей 18 (45%) (p < 0,05). Установлено, что женщины КГ почти в два раза чаще 32 (80%) рожали через естественные родовые пути. В ОГ 17 (42,5%) консервативные роды происходили при наличии у пациенток единичных субсерозных или интрамуральных миоматозных узлов размерами не более 5 см с локализацией в теле матки (p < 0,05). Определено, что беременность женщин ОГ в три раза чаще завершалась оперативным родоразрешением 23 (57,5%) в отличие от КГ - 8 (20%) (p < 0,05). Все случаи кесарева сечения в ОГ были предварительно запланированными в связи с такими вариантами фиброзной опухоли матки как: множественные узлы, одиночные узлы с центрипитальным ростом, локализация их в нижнем сегменте матки и большие размеры (5-16 см). Показано, что предварительное планирование оперативного способа родоразрешения при миоме матки и ТПП ОГ - 23 (57,5%) не предотвращает urgentных ситуаций 7 (30,4%), которые как раз и усложняются необходимостью расширения объема

## RATIONAL DELIVERY FOR WOMEN WITH UTERAL FIBROID AND BREECH PRESENTATION AND DECREASING THE INDEXES OF MATERNAL MORBIDITY

*O.M. Krupnyk*

Odesa National Medical University  
(Odesa, Ukraine)

### Summary

**Introduction.** Breech presentation and uterine fibroids in women are clinical cases which occur more and more frequently in modern obstetric practice. Regarding this issue, scientists' attention is drawn to the aspect of surgical delivery for such patients, which unavoidably requires taking into account both unplanned necessity of expanding the volume of caesarian section (myomectomy, uterine removal) and increased intraoperative blood loss.

**Aim.** Decreasing the indexes of maternal morbidity in women with uterine fibroid and breech presentation by developing the optimal approach to their delivery.

**Materials and methods.** An analysis of primiparae and secundiparae with uterine fibroid and with single full-term pregnancy with breech presentation has taken place and constituted the main group (MG) (n=40). The control group (CG) (n=40) consisted of primiparae and secundiparae with single full-term pregnancy with breech presentation without uterine fibroid. All the women had their deliveries at Odesa Regional Perinatal Centre. The data has been processed with Microsoft Office Excel 2017.

**Research results.** The analysis of the data received has shown that gynecological anamnesis of women from the CG was reliably more frequently complicated by: late menarche 12 (30%), abnormal uterine bleeding 9 (22.5%) and dysmenorrhea 18 (45%) (p<0,05). It has been determined that the women from the CG had deliveries through natural birth canal almost twice as frequently 32 (80 %). In the MG 17 (42,5 %) conservative deliveries occurred under the condition of patients having subserous or intramural myoma nodules with the size not larger than 5 cm localized in the uterus body (p<0,05). It has been determined that pregnancies of the CG women ended with surgical delivery three times as frequently 23 (57,5 %) as in the MG 8 (20 %) (p<0,05). All cases of the cesarean section in the MG were planned in advance with regard to such variations of fibrosis as: multiple nodules, single nodules with centripetal growth, localization in the lower uterine segment or large size (5 - 16 cm). It has been shown that advanced planning of the surgical deliveries with uterine fibroid and breech presentation in the MG 23 (57,5 %) does not prevent from urgent situations n 7 (30,4 %), which is complicated by the necessity of extending the volume of the surgery 3 (13 %). Issues of elective cesarean section among women from the MG did not require volume extension in any case. В свою чергу, advanced planning of conservative delivery with breech presentation in the CG 40 (100%) also does not prevent from cases of urgent

операции 3 (13%). Случаи elective кесарева сечения среди женщин ОГ в расширении объема не нуждались. В свою очередь, предварительное планирование консервативных родов при ТПП КГ - 40 (100%) также не предотвращает возникновение случаев ургентного оперативного родоразрешения - 8 (20%), ведущим показанием к которому выступает нарушение родовой деятельности - 4 (50%).

**Выводы.** Взвешенный акушерский подход к вопросу миомы матки при ТПП, с учетом варианта фиброзной опухоли в каждом отдельном случае, способствует предварительному выбору оптимального способа родоразрешения для каждой отдельной женщины и может быть эффективным в вопросах снижения показателей материнской заболеваемости таких пациенток за счет уменьшения как оперативных родов, так и случаев расширения операции кесарева сечения.

**Ключевые слова:** тазовое предлежание плода; миома матки; способ родоразрешения.

surgical deliveries 8 (20 %), where the leading indication for it was deviation of labour activity 4 (50 %).

**Conclusions.** Balanced obstetrical approach to the issue of uterine fibroid with breech presentation considering the variation of fibroids in each particular case favours preliminary determination of the optimal method of delivery for each woman, which might be effective in the cases of decreasing the indexes of maternal morbidity among such patients due to decreasing both the number of surgical deliveries and the cases of volume extension for cesarian sections.

**Key words:** breech presentation; uterine fibroids; approach to the delivery.

**Контактна інформація:**

**Крупник Ольга Михайлівна** - к. мед.н., доцент, Одеський національний медичний університет (м.Одеса, Україна)

**Контактна адреса:** вул. Градоначальницька, 22, корпус 5, кв.15, м. Одеса, Україна

**Контактний телефон:** +38 096 763 19 24

**e-mail:** leda\_darina@ukr.net

**ORCID:** 0000-0003-2196-0265

**Researcher ID (Web of Science):** A-6306-2019

**Контактная информация:**

**Крупник Ольга Михайловна** - к. мед.н., доцент, Одесский национальный медицинский университет (г. Одесса, Украина)

**Контактный адрес:** ул. Градоначальницкая, 22, корпус 5, кв.15, г. Одесса, Украина

**Контактный телефон:** +38 096 763 19 24

**e-mail:** leda\_darina@ukr.net

**ORCID:** 0000-0003-2196-0265

**Researcher ID (Web of Science):** A-6306-

2019

**Contact Information:**

**Krupnyk Olga Mykhailivna** - PhD, Assistant Professor, Odessa National Medical University (Odesa, Ukraine)

**Contact address:** St. Gradonachalnyckaya 22, bl. 5, ap. 15, Odesa, Ukraine

**Contact Phone:** +38096 763 19 24

**e-mail:** leda\_darina@ukr.net

**ORCID:** 0000-0003-2196-0265

**Researcher ID (Web of Science):** A-6306-

2019