

позволяют применять данный метод нерожавшим и планирующим повторную беременность женщинам;

– короткие сроки заживления послеоперационной раны.

Список использованной литературы:

1. Диагностика и лечение заболеваний шейки матки, влагалища и наружных половых органов широкополосной радиоволновой хирургии и аргоноплазменной абляции / С. И. Роговская, В. Н. Прилепская, Т. Н. Бебнева и др.] // Пособие для врачей. – Москва, 2008. – 44 с.
2. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / под ред. В. Н. Прилепской. – М. : «МЕДпрессинформ», 2003. – 430 с.
3. Кустаров. В. Н. Патология шейки матки / В. Н. Кустаров, В. А. Линде. – СПб. : Изд-во «Гиппократ», 2002 – 141 с.
4. Обоскалова Т. А. Оптимизация методов лечения патологии шейки матки (опыт применения аргоноплазменной абляции) / Т. А. Обоскалова, Е. Ю. Глухов, Т. В. Кузина [и др.] // Патология шейки матки и генитальные инфекции – от теории к практике : материалы Конференции , Москва, 2007 г.
5. Оценка эффективности лечения заболеваний шейки матки аргоноплазменной коагуляцией у нерожавших женщин / Т. Е. Белокриницкая, И. с соавт. //Профилактика рака шейки матки: взгляд в будущее: материалы Международная научно-практической конференции, 2–4 апреля 2008 г., Москва, Россия.
6. Прилепская В. Н. Эктопии и эрозии шейки матки / Прилепская В. Н., Рудакова Е. Б.,
- 7 . Shumacher A. Laser therapy of the uterine cervix / A. Shumacher // Zentralbl. Gynakol. – 1994. – Vol. 116, № 2. – P. 17–22.

296

НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПРИ ТАЗОВОМ

ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА - КАК АЛЬТЕРНАТИВА АБДОМИНАЛЬНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

Каттаходжаева М. Х., Умаров З. М., Абдуллаева Л. С., Сафаров А. Т., Сулайманова Н. Ж.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Самаркандский медицинский институт

Актуальность проблемы. Тазовое предлежание относится к

патологическим состояниям беременности, роды при нем также считаются патологическими. Тем не менее, около 4-6% всех беременностей протекают

на фоне тазового предлежания плода. При тазовом предлежании риски осложнений в родах выше, что обусловлено развитием тяжелых осложнений как для матери, так и для плода. Воды могут излиться преждевременно, вместе с ними не исключено выпадение пуповины, ее частей и даже частей тела плода, развивается слабость родовой деятельности, что может быть причиной кровотечений в родах и послеродовом периоде. У женщин с тазовым предлежанием плода на 60% повышены риски развития фетоплацентарной недостаточности и последующей гипотрофии плода. Нередко рождение ребенка в тазовом предлежании приводит к его острой гипоксии, необратимым изменениям в центральной нервной системе и, даже, гибели. Для ребенка последствия тазового предлежания могут быть довольно неприятными – это врожденный вывих бедра, патологии желудочно-кишечного тракта, почек и мочевыводящей системы, травмы, развитие ДЦП. Для матери такие роды опасны разрывами шейки матки, влагалища, возникновением сильных кровотечений. Чаще всего при тазовом предлежании беременность завершается операцией Кесарева сечения, однако существует и альтернативный метод - наружный акушерский поворот в сроках 38-39 недель беременности с последующим рождением плода в головном предлежании через естественные родовые пути.

Ц е л ь и с с л е д о в а н и я . Сравнительное изучение исходов беременности и

родов при тазовом предлежании плода после наружного акушерского поворота, а также случаев тазового предлежания, завершившихся абдоминальным родоразрешением.

М а т е р и а л и м е т о д ы и с с л е д о в а н и я .

Проводилось амбулаторное

наблюдение и в последующем родоразрешение 94 женщин с тазовым предлежанием плода в акушерском комплексе № 2 г. Самарканда. В основную группу вошли 42 беременные, которым проводился наружный акушерский поворот на головку в сроках 37-38 недель. У женщины должно быть достаточным количество околоплодных вод, переворот проходит на фоне в/в введения спазмолитиков под постоянным контролем УЗИ.

Контролировалась сердечная деятельность плода посредством КТГ как до поворота, так и в течение некоторого времени после него. Суть метода

297

заключается в плавном осторожном одновременном перемещении головки и ягодиц плода по часовой или против часовой стрелки (в зависимости от положения спинки) до установления головки над входом в малый таз. Группу сравнения составили 52 женщины с тазовым предлежанием плода, имевшие противопоказания для наружного поворота, беременность которых завершилась операцией кесарева сечения. Проводились общеклинические, лабораторные, УЗ исследования, Кардиотокография плода.

Результаты исследования. Возраст пациенток колебался от 18 до 36 лет, 56% были первобеременными, 44%- повторнобеременными. Все беременные

находились под диспансерным наблюдением с ранних сроков беременности, им проводилось регулярное лабораторное обследование, УЗИ. У 40 беременных из группы сравнения в сроках 37-38 недель были выявлены противопоказания к наружному повороту плода - обвитие пуповины вокруг шеи (у 14), низкая плацентация (у 5), активная родовая деятельность (у 12), дородовое излитие околоплодных вод (у 9). Всем им проведено абдоминальное родоразрешение путём Кесарева сечения. 42 женщинам основной группы, учитывая комплекс условий и отсутствие противопоказаний в стационаре проведен наружный акушерский поворот по методу Архангельского в сроках 37-38 недель. Серьёзных осложнений со стороны матери и плода во время и после проведения поворота не наблюдалось. У 19% после поворота к 8-10 суткам произошёл рецидив тазового предлежания. 69% (29 чел.) доносили беременность до сроков 39-40 недель и родили самостоятельно в головном предлежании. 5 беременных родили через естественные родовые пути в головном предлежании через сутки после поворота. Таким образом, эффективность наружного поворота на головку составила около 80%. Масса новорожденных достигала в среднем $3250,0 \pm 230,0$. Новорожденные были оценены по шкале Апгар на 8-9 баллов. В группе сравнения у беременных с тазовым предлежанием плода не был произведен наружный поворот в связи с наличием противопоказаний к повороту или отсутствием условий. Этим пациенткам была произведена операция Кесарева сечения. В послеоперационном периоде у 5 родильниц наблюдалась картина гипотонического кровотечения, послеродовая субинволюция матки имела место у 7 женщин. В двух случаях наблюдалась инфильтрация послеоперационной раны. Масса новорожденных колебалась в пределах 3700,0-4300,0. В 30% имели место признаки гипоксии и начавшейся асфиксии плода и новорожденного.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют об актуальности проблемы тазового предлежания плода. Наружный акушерский поворот на головку в сроках 38-39 недель при тщательном соблюдении условий и учета противопоказаний в большинстве случаев может быть альтернативным методом абдоминальному родоразрешению и может способствовать снижению показателей перинатальной заболеваемости, а также числа женщин с болезнью оперированной матки.