

# ИСПРАВЛЕНИЕ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ ПЛОДА

Бондаренко С.А.

Запорожский государственный медицинский университет  
кафедра акушерства и гинекологии

Вопросам ведения родов при тазовых предлежаниях уделяется большое внимание в связи с высокой перинатальной смертностью, травматизмом плода, матери и другим видам патологии. Часто акушеры решают проблему тазового предлежания расширением показаний к кесареву сечению. За последние 20 лет выполнены единичные исследования, касающиеся целесообразности проведения коррекции положения плода. Мы провели современный литературный поиск, выяснили отношение к данной проблеме в разных странах и регионах, провели анализ по 5-му клиническому родильному дому г. Запорожья.

При доношенной беременности одним плодом, частота тазовых предлежаний составляет в среднем 3-3,5%. По данным 5-го роддома частота этой патологии составила 2,5-3,2%. Кесарево сечение, как метод родоразрешения, был избран в 39-46% случаев. В структуре показаний к операции тазовые предлежания составили 8-9%.

До 28 недель данная патология требует только наблюдения. После 29 недель беременности, рекомендуется проведение мероприятий, направленных на перевод тазового предлежания в головное. Особого внимания заслуживают разработанные в нашей стране комплексы гимнастических упражнений [Дикань И.Ф., 1961; Кайо Б.Г., 1964; Грищенко И.И., Шулешова А.И., 1979; Фомичева В.В., 1979; Брюхина Е.В., 1982]. Их эффективность обусловлена изменением тонуса мышц брюшной стенки и матки в результате раздражения механо- и барорецепторов миометрия.

Занятия проводятся в условиях женской консультации, под контролем подготовленного методиста. По литературным данным, при правильной организации, эффективность метода составляет 76-95%.

В течение многих лет в женской консультации 5-го роддома этой проблемой занималась Смирнова З.В. Эффективность ее работы была очень высокой, частота исправлений положений плода составляла от 77 до 92%. К сожалению, эта сотрудница сегодня уже не работает и «наследников» не оставила.

Другим эффективным методом коррекции положения плода во время беременности является наружный профилактический поворот плода на головку по Б.А. Архангельскому.

О необходимости его проведения единая точка зрения отсутствует. Этот метод отечественного акушерства в постсоветских странах применяется все реже. В то же время, он успешно применяется в США в течении последних 20 лет.

По данным различных авторов эффективность метода варьирует от 35 до 86%.. Срок проведения манипуляции – 35-37 недель беременности. При удавшемся повороте частота кесарева сечения снижается с 87 до 37%.

В 5-м родильном доме 3 сотрудника кафедры владеют и проводят 10-15 успешных поворотов в год. Там, где этот метод удался, все женщины родили здоровых детей естественным путем. К сожалению, четкую статистику по данному вопросу мы предоставить не можем, т.к. в документации не отражаются случаи неудачных попыток наружного профилактического поворота.

Сегодня в г. Запорожье методичной работы по обсуждаемому вопросу не проводится. Беременные с тазовым предлежанием поступают в сроки, когда условия для манипуляции упущены. Сложные комплексы корригирующей гимнастики требуют подготовки специалистов.

Мы надеемся, что общими усилиями удастся восстановить полезное достижение отечественного акушерства. Это позволит большему числу женщин испытать радость естественного материнства.

## **БАЛЛОННАЯ ТАМПОНАДА МАТКИ. НОВЫЕ МОДИФИКАЦИИ И ИДЕИ**

**Бондаренко С.А.**

Запорожский государственный медицинский университет  
кафедра акушерства и гинекологии

Общепризнано, что существуют два метода остановки любого кровотечения. Это принцип давящей повязки на источник кровотечения и принцип провизорного жгута, накладываемого выше предполагаемого источника кровотечения. Главное условие – внешнее давление должно превышать внутрисосудистое.

При послеродовых гипотонических кровотечениях потеря крови происходит из морфологически неизменных спиральных артерий плацентарной площадки, не пережатых мышечными волокнами матки. Если мышечной силы не хватает и после введения утеротоников, то естественно и патогенетически обосновано, не дожидаясь массивной кровопотери, ввести в полость матки баллон, адекватно наполнить его и перекрыть по типу давящей повязки сосуда плацентарной площадки.

Данный метод занимает значимое место в комплексе лечебных мероприятий по остановке послеродового гипотонического кровотечения после проведенного ручного обследования полости матки, массажа матки, введения утеротонических препаратов 1-й и 2-й линий, при отсутствии уверенности в надежности гемостаза в интервале кровопотери 500 – 1500 мл.

В Украине, в соответствии с клиническим протоколом «Акушерские кровотечения», утвержденного Приказом МОЗ № 205 от 24 марта 2014 года, рекомендуется использовать баллоны Бакри или Блекмора.

Данные баллоны размещаются в полости матки и заполняются с помощью шприцев теплым физиологическим раствором в объеме 300 – 500 мл. В случае продолжения кровотечения допускается