

УДК 618.3/4:618.53.6]-07-08

© О. С. Луценко, И. С. Соколовская, 2012.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВОПРОСА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Н. С. Луценко, И. С. Соколовская

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. – профессор Н. С. Луценко), Государственное учреждение «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины», г. Запорожье.

THE PROBLEM OF LOOKING AFTER PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH PELVIC PRELYING OF THE FETUS. MODERN ASPECTS (LITERARY REVIEW)

N. S. Lutsenko, I. S. Sokolovskaya

SUMMARY

A lot of modern obstetrisians suppose, that pregnancy and delivery of the fetus with pelvic prelying is pathological. Actuality of pregnancy in breech presentation is explained by high level of perinatal complications which include hemorrhoids, infantile paralysis, asphyxia, traumatism etc. It is impossible not to take into account that such type of births are dangerous for women because of abnormalities of delivery process. A retrospective study with regard to the planned mode of delivery. That is why the right choice of delivery method is very useful.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПИТАННЯ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ З ТАЗОВИМ ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛОДА (ЛІТЕРАТУРНИЙ ОГЛЯД)

О. С. Луценко, И. С. Соколовська

РЕЗЮМЕ

Велика кількість акушерів відносить вагітність та пологи в тазовому передлежанні плода до патологічних за багатьох причин. Ускладнення як з боку породіллі, так з боку новонароджених під час консервативного ведення пологів призводить до того, що більшість лікарів вдаються до кесарського розтину задля уникнення наслідків пологового травматизму майже в усіх випадках сідничного передлежання. Проте наявність оперативних ускладнень у породіль неминуче призводить зростання «материнської захворюваності» з наступним обмеженням репродуктивної функції. Тому тактика оптимального ведення пологів з сідничним передлежанням плода є дискусійною і потребує подальшого вирішення.

Ключевые слова: тазовое предлежание, ручное пособие, перинатальные осложнения.

Вопрос ведения родов при тазовых предлежаниях плода остается весьма актуальным. Это обусловлено, прежде всего, повышением перинатальной смертности в 3-5 раз (8,5%) по сравнению с родами в головных предлежаниях [4]. У детей, родившихся после осложненных родов в тазовом предлежании, наблюдается повышенная заболеваемость и неблагоприятные отдаленные результаты в виде центральных параличей, отставания в умственном развитии и др. [1, 2, 5, 17]. Среди осложнений у матерей следует отметить большую частоту несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, затяжных родов, возрастающего количества оперативных вмешательств и др. [10]. Вопрос о том, к какому состоянию отнести роды при тазовых предлежаниях плода – к физиологическим или патологическим, остается дискуссионным, поэтому тактика ведения беременности при тазовых предлежаниях, принципы ведения родов (показания к кесареву сечению, стимуляция родовой деятельности и др.) не являются однозначными. Большинство авторов отно-

сят роды в тазовом предлежании к патологическим, а беременных – к группе высокого риска [8, 9, 30]. В существующих акушерских протоколах разработаны правила ведения беременности и родов при тазовом предлежании, однако продолжающиеся научные исследования в этой области дают возможность находить принципиально новые подходы к ведению данного контингента беременных и оптимизировать приемы ведения родов с целью снижения процента перинатальных и «материнских» осложнений.

Цель настоящего исследования состоит в исследовании современных взглядов на проблему ведения беременности и родов при тазовом предлежании.

Для реализации поставленной цели были проанализированы и обобщены отечественные и зарубежные литературные данные (в количестве 115 опубликованных работ), включающие в себя учебники, статьи периодические издания, методические рекомендации, кандидатские и докторские диссертации, задачей которых являлась разработка принципиально новых подходов в ведении родов

при тазовом предлежании для снижения показателей перинатальных осложнений. Ссылки приводятся на наиболее значимые и часто встречающиеся работы, изданные за последние 15 лет.

Тазовое предлежание плода наблюдается примерно в 3,0-4,0% родов, при этом перинатальная смертность составляет 24,3-25,4% [3, 7, 11]. Важно отметить, что такой неблагоприятный перинатальный исход наблюдается даже при исключении таких факторов, как недоношенность и врожденные аномалии, что обусловлено рядом осложнений, характерных для родов в тазовом предлежании. Нередко тазовое предлежание сочетается с клиническими проявлениями плацентарной недостаточности (ПН) (гипоксия плода и синдром задержки его роста), пороками развития плода, нарушениями его функционального состояния на фоне внутриутробного инфицирования [20]. Дети, родившиеся в тазовом предлежании, значительно чаще нуждаются в интенсивном лечении [12, 13]. Так, согласно исследованиям S. Albrechtsen (1997), 8,8% этих детей, рожденных через естественные родовые пути, нуждаются в интенсивном наблюдении и лечении. У них в 10 раз чаще, чем у детей, родившихся в головном предлежании, отмечаются поражения центральной нервной системы [6, 18]. Даже при тщательном отборе пациенток для влагалищных родов у рожденных ими детей значительно чаще диагностируются асфиксия, ацидоз, родовые травмы, возникает необходимость искусственной вентиляции легких [12, 18]. При этом у каждой третьей женщины (34%), тем не менее, ввиду развившихся осложнений в родах возникает необходимость в абдоминальном родоразрешении [19].

Нередко тазовое предлежание сочетается с клиническими проявлениями плацентарной недостаточности (ПН) (гипоксия плода и синдром задержки его роста), пороками развития плода, нарушениями его функционального состояния на фоне внутриутробного инфицирования [22]. Основными причинами гибели детей при родах в тазовом предлежании являются родовой травматизм, церебральные поражения, тяжелая асфиксия при задержке рождения головки, выпадение и сдавление петель пуповины. Перинатальная смертность при тазовом предлежании плода при различных методах родоразрешения колеблется от 5,0 до 14,3% [14, 15]. По данным ряда авторов, травматические повреждения у плода в родах при тазовом предлежании наблюдаются в 10-13, а асфиксия – в 3-8 раз чаще, чем при головном [14, 21].

Недостаточная эффективность способов антенатальной коррекции, высокие уровни перинатальной заболеваемости и смертности при родоразрешении через естественные родовые пути определяют высокую частоту кесарева сечения, достигающую в настоящее время 70,0-85,0%. Высокая частота кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода является в настоящее время одним из определяющих факторов возрастающей частоты абдоминального родоразрешения [19,

24, 28, 31]. В целом в структуре показаний к кесареву сечению на долю тазового предлежания плода приходится от 9,6% до 23,4%. Вместе с тем, увеличение частоты абдоминального родоразрешения приводит к повышенной заболеваемости матери. Смертность женщин при кесаревом сечении, произведенном по поводу тазового предлежания плода, составляет 0,10-0,15%, в то время как общая материнская смертность в среднем составляет 0,02-0,03% [16, 27, 29].

Существуют работы, указывающие на обязательную необходимость производства операции кесарева сечения [3]. С другой стороны, нельзя не принимать во внимание мнение акушеров, являющихся приверженцами консервативного ведения родов. Согласно данным Американской коллегии акушерства и гинекологии и многоцентрового исследования методов родоразрешения [21], плановое кесарево сечение при тазовом предлежании до 2001 года производили лишь в 25,0% случаев [26]. Показаниями к операции были: крупный плод, анатомически узкий таз, тяжелая плацентарная недостаточность, гестоз, отягощенный акушерский анамнез, наличие рубца на матке. Из 75,0% планируемыми родов через естественные родовые пути 22-40% заканчивались экстренным кесаревым сечением [32]. Следует отметить, что в разных странах частота самопроизвольных родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода до 2001 года была различна. В Японии она достигала 56,0%, в Норвегии и Финляндии – до 40,0%, в Дании составила 15,3%, в США – не превышала 5,0%. В России частота кесарева сечения составляла 10,1% [23, 25].

Таким образом, ведение беременных с тазовым предлежанием плода – важная и сложная акушерская проблема. Несмотря на то, что проблеме тазового предлежания уделяется много внимания, вопросы акушерской тактики остаются не до конца определенными и требуют дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. Опыт применения ЛФК при тазовом предлежании плода / В. В. Абрамченко, В. В. Болотских, Л. А. Иванова // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 15–17.
2. Агеева М. И. Допплерометрические исследования в акушерской практике / М. И. Агеева. – М. : Изд. дом Видар-М, 2000. – 112 с.
3. Бодарева М. В. Выбор оптимального метода родоразрешения при тазовом предлежании плода : автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Бодарева М. В. – М., 1996.
4. Бреусенко Л. Б. Повреждение нервной системы новорожденных, родившихся в тазовом предлежании : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Бреусенко Л. Б. – М., 1995. – 28 с.
5. Детская ультразвуковая диагностика : учебник / А. В. Быстров, К. В. Ватолин, Я. А. Галкина [и др.] ; под общ. ред. М. И. Пыкова, К. В. Ватолина. – М. : Видар-М, 2001. – 668, [1] с. : ил.

6. Зейналов Б. Ф. Комплексное нейросонографическое обследование в реанимации новорожденных: некоторые феномены и их значение : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.09 / Зейналов Б. Ф.; СПб. гос. педиатр. мед. акад. – СПб., 2001. – 23 с.
7. Катъко Е. Н. Особенности течения раннего неонатального периода при рождении плода в тазовом предлежании : дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / Катъко Елена Николаевна. – Москва, 1998. – 20 с.
8. Козлов П. В. Оптимизация тактики родоразрешения при тазовых предлежаниях и недоношенной беременности / П. В. Козлов, Н. Н. Николаев, А. В. Щукина [и др.] // *Мать и дитя : материалы V Российского форума, 20-23 мая 2003 г., Москва, Россия / Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.* – Москва, 2003. – С. 102.
9. Мусаев О. Х. Перинатальные аспекты тазовых предлежаний плода в зависимости от тактики ведения беременности и родов / О. Х. Мусаев, К. О. Мусаева // *Мать и дитя : материалы IV Российского форума, 21-24 мая 2002 г., Москва, Россия / Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.* – Москва, 2002. – С. 421–422.
10. Носкова В. А. Кесарево сечение как отражение перинатальных задач / В. А. Носкова, Л. А. Кубасова, С. И. Елгина [и др.] // *Мать и дитя : материалы IV Российского форума, 21-24 мая 2002 г., Москва, Россия / Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.* – Москва, 2002. – С. 436–437.
11. Пучко Т. К. Выбор способа родоразрешения при тазовом предлежании доношенного плода : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / Пучко Т. К.; Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. – М., 1995. – 27 с.
12. Сидорова И. С. Комплексная оценка состояния плода при тазовом предлежании / И. С. Сидорова, Л. А. Макаров // *Рос. вестник перинатол.* – 1996. – Т. 41, № 2. – С. 36–41.
13. Сидорова И. С. Оценка защитно-приспособительных реакций плода при гестозе и тазовом предлежании / И. С. Сидорова, И. О. Макаров, И. И. Яновская // *Акуш. и гинекол.* – 1991. – № 8. – С. 34–37.
14. Сидорова И. С. Современные вопросы педиатрии / И. С. Сидорова, И. О. Макарова, Т. А. Протопопова // *VIII съезд педиатров России : материалы съезда, 24-26 февраля 1998 г., Москва, Россия / Минздрав РФ, РАМН.* – М., 1998. – С. 56.
15. Стрижаков А. Н. Клиническое значение доплерометрического исследования кровотока в сосудах вертебробазилярной системы плода при тазовом предлежании / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко // *Вопр. гинекол., акуш. и перинатол.* – 2006. – Т. 5, № 5. – С. 5–11.
16. Стрижаков А. Н. Тазовое предлежание плода – новый взгляд на старую проблему / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко // *Акушерство и гинекология.* – 2007. – № 5. – С. 17–23.
17. Трусов Ю. В. Функциональные состояния плода / Ю. В. Трусов. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – 120 с.
18. Фирова Т. Г. Неврологические нарушения у детей, рожденных в тазовом предлежании : дисс. ... канд. мед. наук / Фирова Т. Г. – Казань, 1994. – 224 с.
19. Чернуха Е. А. Всех ли женщин с тазовым предлежанием плода при доношенной беременности следует родоразрешать путем кесарева сечения? / Е. А. Чернуха, Т. К. Пучко // *Акушерство и гинекология.* – 2007. – № 2. – С. 8–14.
20. Чернуха Е. А. Тазовое предлежание плода / Е. А. Чернуха, Т. К. Пучко. – М.: Медицина, 1999. – 136 с.
21. Anderson J., Etches D., Smith D. Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) : Provider Course Manual // J. Anderson, D. Etches, D. Smith / Eds J. R. Damos, S. H. Eisinger. – Kansas, 2000. – P. 1–15.
22. Belfrage P. The term breech presentation. A retrospective study with regard to the planned mode of delivery / P. Belfrage, L. Gjessing // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2002. – Vol. 81, № 6. – P. 544–550.
23. Delivery in breech presentation – a cause of hemorrhoids in a newborn / O. Kleiner, Z. Cohen, A. Akkerman [et al.] // *J. Pediatr.* – 2000. – Vol. 137, № 4. – P. 588.
24. Flamm B. L. Undetected breech presentation: impact on external version and cesarean / B. L. Flamm, R. M. Ruffini // *Am. J. Perinatol.* – 1998. – Vol. 15, № 5. – P. 287–289.
25. Hannah M. Proceedings The 4 World Congress on Controversies in and Obstetrics Gynecology infertility / M. Hannah. – Berlin, 2003. – P. 382–397.
26. Hofmeyr G. J. Cephalic version by postural management for breech presentation / G. J. Hofmeyr, R. Kulier // *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2000. – № 3.
27. Intrapartum external cephalic version of footling-breech presentation / H. Kaneti, D. Rosen, S. Markov [et al.] // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2000. – Vol. 79, № 12. – P. 1083–1085.
28. Ismail M. A. Comparison of vaginal and cesarean section delivery for fetuses in breech presentation / M. A. Ismail, N. Nagib, L. A. Cibils // *J. Perinat. Med.* – 1999. – Vol. 27, № 5. – P. 339–351.
29. Koo M. R. Perinatal outcome of singleton term breech deliveries / M. R. Koo, G. A. Dekker, H. P. van Geijn // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 1998. – Vol. 78, № 1. – P. 19–24.
30. Lindqvist A. Perinatal mortality and route of delivery in term breech presentations / A. Lindqvist, S. Norden-Lindeberg, U. Hanson // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 1997. – Vol. 104, № 11. – P. 1288–1291.
31. Scorza W. E. Intrapartum management of breech presentation. St. Saunders N. J. Controversies: the mature breech should be delivered by elective cesarean section / W. E. Scorza // *J. Perinat. Med.* – 1996. – Vol. 24, № 6. – P. 545–551.
32. The structure of neonatal mortality among infants born in the cephalic and breech presentations in 1992-1994 / M. Kalaidzhieva, L. Vakrilova, N. Larukova [et al.] // *Akush. Ginekol. (Soffia).* – 1996. – Vol. 35, № 3. – P. 14–17.