



Н. Г. Избицкая<sup>1</sup>, С. А. Бондаренко<sup>1</sup>, Е. Н. Бондаренко<sup>2</sup>

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА ГОЛОВКУ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ (ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ)

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Родильный дом №5, г. Запорожье

**Ключевые слова:** профилактический поворот, тазовое предлежание.

Роды при тазовом предлежании, по мнению многих авторов, являются патологическими для плода. Исправление тазового предлежания на головку во время беременности заслуживает пристального внимания. Проанализирован опыт проведения профилактического поворота плода на головку при тазовом предлежании.

## Профілактичний зовнішній поворот плода на голівку при тазовому передлежанні (досвід застосування)

Н. Г. Избицкая, С. А. Бондаренко, О. М. Бондаренко

Пологи при тазовому передлежанні, на думку багатьох авторів, є патологічними для плода. Виправлення тазового передлежання на голівку під час вагітності заслуговує на ретельну увагу. Проаналізований досвід виконання профілактичного повороту на голівку при тазовому передлежанні.

**Ключові слова:** профілактичний поворот, тазове передлежання.

## Prophylactic external rotation of the fetus to the head in breech presentation (experience of usage)

N. G. Izbitskaya, S. A. Bondarenko, E. N. Bondarenko

According to many authors birth in breech presentation is pathological for the fetus. Correction of breech presentation to the head during pregnancy is worth close attention. Experience in performing prophylactic fetus rotation to the head in breech presentation has been analyzed.

**Key words:** prophylactic rotation, breech presentation.

Частота родов в тазовом предлежании составляет в среднем 4–5%. Вопросам ведения родов при тазовом предлежании уделяется большое внимание в связи с высокой перинатальной смертностью (от 5,0 до 14,3%), травматизмом плода (в 10–13 раз выше), асфиксией (в 3–8 раз выше) по сравнению с родами в головном предлежании. Поэтому роды в тазовом предлежании можно считать физиологическими для матери и патологическими для плода.

Частота самопроизвольных родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании плода до 2001 года составила в Японии 56%, в Норвегии и Финляндии – до 40%, в Дании – 15,3%, в США – 5%. В настоящее время многие вопросы, относящиеся к способу родоразрешения, остаются дискуссионными.

Большинство акушеров пытаются решить проблему тазовых предлежаний расширением показаний к операции кесарева сечения.

В структуре показаний к кесареву сечению на долю тазового предлежания приходится от 9,6 до 23,4%. Согласно данным Американской коллегии акушерства и гинекологии и многоцентрового исследования методов родоразрешения, плановое кесарево сечение при тазовом предлежании до 2001 года производили лишь в 25% случаев.

В последние годы отмечается рост абдоминального родоразрешения при тазовом предлежании [1,2]. Существует мнение, что плановое кесарево сечение является оптимальным способом родоразрешения для плода в тазовом предлежании, по сравнению с родоразрешением через естественные родовые пути [7].

По данным Е.А. Чернухи, Т.К. Пучко (2007), частота аб-

доминального родоразрешения при тазовом предлежании составляет 60–70%. Но необходимо учитывать и некоторые негативные стороны кесарева сечения по сравнению с родами через естественные родовые пути (гнойно-септические осложнения, повышенная кровопотеря и др.).

Классическое акушерство предусматривает комплекс мероприятий по профилактике и исправлению неблагоприятных положений и предлежаний плода на головное. В связи с этим особое внимание требует наружный профилактический поворот плода на головку. В отношении эффективности наружного профилактического поворота плода на головку в специализированной литературе приводятся различные данные – от 35 до 86% [4].

За последние 20 лет выполнены единичные исследования, касающиеся целесообразности проведения исправлений положения плода во время беременности при тазовом предлежании [4,5].

В существующем акушерском протоколе № 899 от 2006 г. 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 [4–6].

По данным клинического родильного дома №5 г. Запорожья, частота этой патологии за последние 3 года составляла в среднем 2,5–3,2%. В структуре показаний к кесареву сечению частота тазовых предлежаний составила 8–9%. На консультацию и поворот направили 38 беременных с тазовым предлежанием.



## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка эффективности наружного профилактического поворота плода на головку при тазовом предлежании и оптимизация методики проведения наружного профилактического поворота плода на головку.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Беременных с тазовым предлежанием плода на сроке 38 недель при отсутствии противопоказаний к наружному профилактическому повороту плода на головку госпитализировали в отделение патологии беременных роддома №5 как стационар III уровня оказания акушерской помощи для его проведения. В день поступления беременной назначали полное клинико-биохимическое обследование, проводили КТГ, контролировали стул, а также назначали седативные и спазмолитические препараты.

Утром следующего дня натощак, после повторного введения спазмолитиков и под контролем УЗИ производили наружный профилактический поворот плода на головку. На каждом этапе выполнения наружного профилактического поворота при помощи УЗИ, контролировали ЧСС плода, а также положение, позицию, вид, месторасположение плаценты. При нахождении плода в поперечном или косом положении беременную укладывали на сторону одноименной позиции, и очень часто плод в дальнейшем самостоятельно переходил в продольное положение головного предлежания.

При появлении брадикардии у плода проведение наружного профилактического поворота прекращали. При удачном его проведении плод в продольном положении головном предлежании фиксировали бандажом и двумя валиками. По показаниям проводили контроль кровотоков в артериях пуповины и маточных артериях.

Мы разработали письменное согласие беременной на проведение наружного профилактического поворота плода на головку, без которого данную манипуляцию не проводили.

Из стационара беременных выписывали через 2 дня. Повторный контроль головного предлежания и снятие бандажа проводили через неделю.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Под нашим наблюдением находились 38 беременных с тазовым предлежанием плода. Женщины были направлены на консультацию врачами женских консультаций г. Запорожья и районов области. С учетом противопоказаний беременные были отобраны для выполнения поворота и госпитализированы в отделение патологии беременных роддома №5.

Возраст беременных – от 22 до 39 лет. Первородящих было 18, повторнородящих – 20.

Технику поворота осуществляли согласно протоколу №899.

Из 38 беременных поворот успешно выполнен у 32 женщин (84,2%), у 6 женщин попытка поворота оказалась безуспешной, у 2 из них поворот осложнился брадикардией плода и был прекращен.

При изучении кровотока после наружного профилактического поворота плода не обнаружили каких-либо нарушений гемодинамики.

Отметили, что технически проведение поворота происходит легче при первой позиции и заднем виде плода, а также расположении плаценты в дне матки.

Учитывая, что для наружного профилактического поворота плода на головку при тазовом предлежании женщин направляли из районов области и других лечебных учреждений города, проследить у всех исходы родов не представлялось возможным. Тем не менее, среди женщин, рожавших в роддоме №5 (18 рожениц), осложнения родов как для плода, так и для матери, не превышали среднестатистические. Оценка по шкале Апгар составляла 7/8 баллов.

## ВЫВОДЫ

При наличии тазового предлежания на сроке в 38 недель беременности при отсутствии противопоказаний и добровольном согласии женщины целесообразно проведение наружного профилактического поворота плода на головку, что позволяет снизить частоту абдоминального родоразрешения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Савельева Г.М. Кесарево сечение. Настоящее и будущее / Савельева Г.М. // Мат. I регион. научного форума «Мать и дитя». – К.: 2007. – С. 135–136
2. Стрижаков А.Н. Тазовое предлежание плода – новый взгляд на старую проблему / Стрижаков А.Н. // Акушерство и гинекология. – 2007. – №5. – С. 17–23.
3. Чернуха Е.А. Тазовое предлежание плода: руководство для врачей / Чернуха Е.А., Пучко Т.К. – М., 2007. – 176 с.
4. Васильев В.В. Исходы беременности при наружном профилактическом повороте плода на головку: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Васильев В.В. – СПб, 2011. – 17 с.
5. Бреусенко Л.Е. Перинатальные поражения центральной нервной системы при тазовом предлежании плода: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Бреусенко Л.Е. – М., 1995. – 30 с.
6. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Тазове передлежання плода». Наказ № 899 МОЗ України від 27.12.2006 р.
7. Flamm B.L. External cephalic version after previous cesarean section / Flamm B.L. // Am.j. Obstet. Gynecol. – 1991. – Vol. 165 (2). – P. 370–372.

## Сведения об авторах:

Избицкая Н.Г., к. мед. н., доцент каф. акушерства и гинекологии ЗГМУ.

Бондаренко С.А., к. мед. н., ассистент каф. акушерства и гинекологии ЗГМУ.

Бондаренко Е.Н., зав. отделением патологии беременных роддома №5 г. Запорожья.

Поступила в редакцию 22.05.2013 г.