

УДК 618.396-02-037-07

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ У РАЗІ СІДНИЧНОГО (ТАЗОВОГО) ПЕРЕДЛЕЖАННЯ ПЛОДА

В. В. Жуковський

Дорожня клінічна лікарня на станції Харків Південної залізниці

Ключові слова: тазове положення плода, тактика ведення пологів, кесарів розтин.

Питання про ведення вагітності й пологів у жінок з тазовим передлежанням плода є дуже актуальним, оскільки в цьому разі, насамперед, перинатальна смертність у 3–5 разів вища порівняно з пологами в головному передлежанні [1, 25, 26]. Підвищеною є також захворюваність дітей, спостерігаються несприятливі віддалені наслідки — центральні парези, епілепсія, гідроцефалія, відставання в розумовому розвитку та ін. [2–4, 5, 19]. Серед ускладнень у матері слід зазначити високу частоту несвоєчасного виливання навколоплідних вод, аномалій родової діяльності, затяжних пологів, оперативних утручань, інфікування тощо [5, 18, 19, 32].

Більшість провідних акушерів-гінекологів вважають, що *пологи в тазовому положенні слід відносити до патологічних, а вагітних — до групи підвищеного ризику* [1, 7, 22, 26, 31].

Прийнято розрізняти суто сідничне положення, змішане сідничне положення, а також ножне положення (повне і неповне). Інколи вирізняють різновид ножного передлежання — колінне положення.

Частота тазових передлежань, за даними вітчизняних і закордонних авторів, коливається від 3 до 5%. Найчастіше спостерігається суто сідничне положення (63,2–68,0%), часом — змішане сідничне (20,6–23,4%) і ножне (11,4–13,4%) [30].

Нерідко в пологах спостерігається перехід одного типу тазового передлежання в інше. Повне й неповне тазове переходить у повне ножне в 1/3 випадків, що є несприятливим і часто служить показанням до кесаревого розтину [13].

Частота тазових передлежань зменшується із збільшенням терміну вагітності. За даними деяких авторів, за терміну вагітності 21–24 тижні тазове передлежання спостерігалось у 33,3%, за терміну вагітності 29–32 тижні — у 14%, за терміну 37–40 тижнів — у 6,7% жінок [31].

Суто сідничне передлежання частіше відзначається у першороділь, змішане сідничне та ножне — у жінок, які мали кілька пологів. Тазове передлежання у них спостерігається приблизно у два рази частіше, ніж у першороділь [31].

Етіологія тазових передлежань з'ясована недостатньо. У нормі матка має форму овоїда. Живий плід у разі нормального розташування також являє собою овоїд (з великим овалом біля тазового кінця) і в такий спосіб пристосовується до форми матки, встановлюючись у головному передлежанні. Зміни форми матки сприяють формуванню тазового передлежання чи іншого неправильного положення плода [21, 24, 32].

Етіологічні чинники поділяють на *материнські, плодові та плацентарні*.

До *материнських* чинників належать: аномалії розвитку матки, пухлини матки, вузький таз, пухлини кісток таза, зниження чи підвищення тону су й збудливості матки (особливо нижнього сегмента), рубець на матці після кесаревого розтину, у жінок, які багато разів народжували (п'ять і більше).

Плодові чинники: уроджені аномалії плода (аненцефалія, гідроцефалія та ін.), неправильне розташування плода (розгинання голівки, хребта), невиношування, знижена рухова активність і м'язовий тонус плода, нейром'язові розлади, багатоплідність.

Плацентарні чинники: передлежання плаценти, локалізація її в ділянці дна або трубних кутів, багатоводдя чи маловоддя, коротка пуповина, вузли пуповини.

Дослідження встановили, що довжина пуповини в разі тазового положення менша, ніж у разі головного; часто спостерігаються численні вузли [16].

Серед етіологічних чинників найчастіше можна спостерігати невиношування (20,6%), далі за частотою йдуть випадки багатоплідності (13,1%), великої кількості пологів в анамнезі (1,4%), вузького таза (1,5%) та інші [33].

Заслугує на увагу думка про те, що тазове положення плода залежить від зрілості його вестибулярного апарату, а тому для менших термінів вагітності вища частота тазових передлежань [21, 23].

За даними вітчизняних і закордонних авторів, у жінок з тазовим положенням плода відзначена

висока частота порушень менструального циклу (40%), гінекологічних захворювань (85%), безплідності (13,7%), вад розвитку геніталій (10,8%), що спричиняє порушення нервово-м'язового апарату матки і формування тазового положення [12].

Наведені дані свідчать про мультифакторну природу тазового передлежання і дають підставу припустити вторинність його виникнення. Навіть після завершення пологів у тазовому положенні часом важко сказати, що було його причиною.

Характер положення плода остаточно формується до 34–36-го тижня вагітності.

Діагностика тазового положення плода звичайно не є складною, за винятком тих випадків, коли є значне напруження м'язів передньої черевної стінки і підвищений тонус матки, ожиріння, двійня, аненцефалії та ін. [6, 30, 31].

Тазове положення, яке діагностується до 28-го тижня вагітності, не вимагає лікування, проводять лише динамічне спостереження. Поворот на голівку відбувається спонтанно до пологів у 70% повторновагітних з тазовим передлежанням плода й у 30% першовагітних жінок [28].

Діагноз тазового передлежання має бути встановлений до 32–34-го тижня, а на думку деяких авторів — до 30-го тижня, а підставі результатів зовнішнього та внутрішнього акушерського дослідження. Значно допомагає діагностувати тазове передлежання плода піхове дослідження [28].

Додатковими методами дослідження є електрокардіографія плода, амніоскопія, ультразвукове дослідження, рентгенографія. Електрокардіографічне дослідження виявляє, що шлунковий комплекс QRS плода звернений донизу, а не догори, як у разі головного передлежання. Можна оцінити також стан плода і нерідко діагностувати патологію пуповини (обвивання, притиснення та ін.).

Для діагностування проводять амніоскопію, при цьому встановлюють характер передлежання плода, кількість і колір навколоплідних вод, відшарування оболонок плодового міхура, а головне, можна діагностувати передлежання петель пуповини [1, 28].

Найінформативнішим є ультразвукове дослідження, за допомогою якого можна визначити не тільки характер передлежання і розміри плода, а й аномалії розвитку (аненцефалію, гідроцефалію), локалізацію плаценти. Дуже важливо встановити вид тазового передлежання, простежити розташування нижніх кінцівок у разі суто сідничного положення, визначити, зігнута голівка чи розігнута (ступінь розгинання) і яке розташування пуповини [28].

Розрізняють чотири варіанти положення голівки плода за тазового передлежання: голівка зігнута

(кут понад 110°); голівка слабо розігнута. — «поза військового» — I ступінь розгинання (кут від 100 до 110°); голівка помірно розігнута — II ступінь розгинання (кут від 90 до 100°); надмірне розгинання голівки («дивиться на зірки») — III ступінь розгинання (кут менший за 90°) [25, 26].

Клінічними ознаками розгинання голівки плода є невідповідність розмірів голівки плода і передбачуваної його маси, розташування голівки у дні матки з боку позиції плода, наявність виразної шийно-потиличної борозни. Причини надмірного розгинання голівки, крім наявності пухлини в ділянці шиї плода, не з'ясовані [5].

Рентгенологічне дослідження з метою діагностики тазового передлежання за наявності ультразвукової апаратури нині не застосовується!

Проводять диференціальну діагностику з лицевим передлежанням плода, передлежанням ручок плода, аненцефалією.

Остаточний діагноз тазового положення і його характер встановлюють у пологах, проводячи піхове дослідження, коли достатньо розкритий матковий зів (не менш як 4–5 см), немає плодового міхура і притиснутий тазовий кінець [1, 25, 26].

Дуже важливо розробити тактику з моменту встановлення діагнозу тазового передлежання до терміну пологів і обрати спосіб розродження. У терміні вагітності понад 29 тижнів багато хто з авторів рекомендує проводити заходи з метою зміни тазового передлежання на головне. До них належать: комплекс гімнастичних вправ, зовнішній профілактичний поворот плода на голівку.

Доведено, що за допомогою гімнастичних вправ можна не тільки сприяти виправленню положення плода, а й регулювати тонус і спонтанну активність матки. Основним показанням до проведення гімнастики є порушення тонусу і спонтанної активності вагітної матки у разі тазового передлежання і відсутність симптомів загрози переривання вагітності [1, 8, 21, 32].

Стосовно профілактичного зовнішнього повороту плода на голівку спільного погляду немає. *Протипоказаннями є:* каліцтва плода, рубець на матці, загроза переривання вагітності, ожиріння, вік першороділлі понад 30 років, безплідність і невиношування вагітності в анамнезі, гестоз, локалізація плаценти на передній стінці матки, передлежання плаценти, аномалії розвитку матки, маловоддя чи багатоводдя, вузький таз, розташування спинки плода попереду чи позаду, тяжкі екстрагенітальні захворювання, штучна інсемінація [1]. Цей метод не може бути вирішальним через імовірні його ускладнення: децелерація плода, плодоматеринська кровотеча, ушкодження плечового сплетення, відшарування плаценти, ізо-

імунізація, передчасні пологи, емболії навколорідними водами, дистрес і загибель плода [1, 17, 25, 26].

Якщо тазове передлежання зберігається у III триместрі вагітності, доцільно призначити комплекс медикаментозних препаратів, вітамінів, які сприяють профілактиці аномалій родової діяльності, раціональне харчування, що допомагає зменшити частоту народження великих дітей. Вагітну з тазовим передлежанням плода за терміну 38–39 тижнів потрібно госпіталізувати для обстеження та вибору раціональної тактики ведення пологів [4].

Тактика ведення пологів у разі тазового передлежання плода залежить від віку жінки, акушерського анамнезу, готовності організму вагітної до пологів, розмірів таза, стану плодового міхура, функціонального стану і розмірів плода, виду тазового передлежання, від того, зігнута чи розігнута голівка плода, тощо [1, 25, 26].

Плід масою від 3500 г, що має тазове передлежання, прийнято вважати великим.

Значним і небезпечним ускладненням під час народження голівки є надмірне її розгинання, унаслідок чого нерідко виникають крововиливи в мозочок, субдуральні гематоми, травми шийного відділу спинного мозку і розриви намету мозочка. *Наявність III ступеня розгинання голівки вимагає розродження тільки шляхом операції кесаревого розтину* [9, 29].

Необгрунтованою є думка багатьох авторів про те, що пологи в суто сідничному передлежанні перебігають найбільш сприятливо. Насправді пологи в такому передлежанні є найтяжчими, тому що розігнуті вздовж тіла ніжки, неначе шина, зменшують бічне згинання хребта, це заважає

приспосованню плода до вигину родового каналу. Однак кількість ускладнень у пологах (випадання дрібних частин тіла і петель пуповини, асфіксія) за ножного положення більша, тому *методом вибору в разі ножного передлежання є кесарів розтин* [6, 9–11, 27, 29].

За тазового передлежання плода навіть невелике звуження одного з розмірів таза може спричинити травмування, оскільки під час народження голівка не встигає пристосуватися до таза матері. Об'єктивну оцінку розмірів і форми кісток таза можна одержати за допомогою рентгенопельвіметрії [1].

«Зрілість» шийки матки є одним з важливих чинників, який впливає на вибір способу розродження [22, 25, 26].

У разі тазових передлежань і доношеної вагітності застосовують прогностичну шкалу (табл. 1) для оцінювання 13 параметрів у балах від 0 до 2. Якщо сума балів 16 чи більша — імовірні шадні пологи. Кесарів розтин показаний, якщо хоча б один із внутрішніх розмірів таза оцінюють у 0 балів або є III ступінь розгинання голівки, великий плід, виразна хронічна гіпоксія плода, «незрілість» шийки матки [6].

За даними багатьох авторів, відсоток оперативного розродження коливається від 55 до 70, при цьому перинатальної смертності немає [7, 15, 16].

Передчасні пологи загрожують ушкодженням голівки, тому що тазовий кінець має менший розмір і може народитися за недостатнього розкриття шийки, а голівка затримується і травмується. У такому разі вдаються до наркозу й розрізу шийки за методом Dührssen [14].

Оскільки є небезпека травмування плода під час операції розродження через природні родові

Таблиця 1

Шкала прогнозування пологів у тазовому передлежанні

Параметр	Бали		
	0	1	2
Термін вагітності, тижні	> 41	40–41	38–39
Кількість пологів в анамнезі	Першороділля віком понад 30 років; повторнороділля з ускладненими пологами	Першороділля	Повторнороділля з неускладненими пологами
Різновид тазового передлежання	Ножне	Змішане	Суто сідничне
Положення голівки	Надмірно розігнута	I чи II ст. розгинання	Зігнута
Передбачувана маса плода, г	> 4000	3500–3999	2500–3499
Стан плода	Хронічна гіпоксія	Початкові ознаки гіпоксії	Задовільний
«Зрілість» шийки матки	«Незріла»	Недостатньо «зріла»	«Зріла»
Розміри малого таза, см:			
прямого входу	< 11,5	11,5–12,0	> 12,0
поперекового входу	< 12,5	12,5–13,0	> 13,0
прямої порожнини	< 12,0	12,0–13,0	> 13,0
міжостний	< 10,0	10,0–11,5	> 11,5
бітуберозний	< 10,0	10,0–11,0	> 11,0
прямого виходу	< 10,5	10,5–11,0	> 11,0

шляхи (екстракція плода), більшість акушерів вважають за доцільне розширення показань до кесаревого розтину в разі тазового передлежання. Однак різке збільшення частоти проведення кесаревого розтину зумовлює зростання материнської захворюваності [6, 31].

Показаннями до планового кесаревого розтину є: анатомічно вузький таз, великий плід чи з масою тіла менш як 2000 г, обтяжений анамнез (мертвонародження, невиношування, тривала безплідність), вік першороділлі понад 30 років, перенесена вагітність, передлежання пуповини, рубець на матці, аномалії розвитку і пухлини матки, гіпоксія плода, плацентарна недостатність, нероз-

гинання голівки плода, тяжкі форми гестозу, вади серця з порушенням кровообігу у вагітної, патологія органів зору, неготовність родових шляхів до пологів, відсутність ефекту від родозбудження, тазове передлежання першого плода при багатоплідності та ін. [1, 25, 26].

Розширення показань до кесаревого розтину за тазового передлежання є обґрунтованим, якщо при цьому перинатальна смертність знижена до мінімуму [10].

Таким чином, ведення пологів у разі тазових передлежань плода залежить від багатьох чинників. Беручи їх до уваги, правильно обирають спосіб розродження.

Цитована література

1. *Абрамченко В. В.* Активное ведение родов.— СПб.: Спец. лит., 1996.— 667 с.
2. *Абрамченко В. В.* Ведение беременности и родов при атипичных формах позднего токсикоза / В. В. Абрамченко, А. Б. Шлямин, А. Р. Чхеидзе.— Тбилиси: Мецниереба, 1981.— 247 с.
3. *Абрамченко В. В.* Ведение беременности и родов при ОПГ-гестозах / В. В. Абрамченко, А. Б. Шлямин, А. Р. Чхеидзе.— Тбилиси, 1988.— 143 с.
4. *Абрамченко В. В.* Профилактика аномалий родовой деятельности / В. В. Абрамченко, Е. В. Омелянюк, И. М. Бетоева.— Орджоникидзе: Ир, 1984.— 122 с.
5. *Бекер С. М.* Патология беременности.— Л.: Медицина, 1975.— 256 с.
6. *Ведение беременности и родов при узком тазе: Метод. рекомендации / Е. А. Чернуха, В. И. Кулаков, А. И. Волобуев, Л. И. Ельцова-Стрелкова.*— М., 1991.— 72 с.
7. *Дабіжа Л. П.* Прогнозування, діагностика та профілактика передчасних пологів: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Вінниця, 2002.— 20 с.
8. *Значение доплерометрии маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока в выборе рациональной тактики ведения беременности и метода родоразрешения / А. Н. Стрижаков и др. // Акушерство и гинекология.*— 1989.— № 3.— С. 24–27.
9. *Кесарево сечение в снижении перинатальной смертности и заболеваемости / Г. М. Савельева и др. // Акушерство и гинекология.*— 1989.— № 3.— С. 9–13.
10. *Комиссарова Л. М.* Кесарево сечение и его роль в снижении материнской и перинатальной патологии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук.— М., 1998.— 37 с.
11. *Краснопольский В. И.* Кесарево сечение.— М.: Медицина, 1997.— 289 с.
12. *Кулавский В. А.* Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии.— Уфа, 1985.— 335 с.
13. *Кулаков В. И.* Кесарево сечение / В. И. Кулаков, Е. А. Чернуха, Л. И. Комиссарова.— М.: Медицина, 1998.— 211 с.
14. *Кулаков В. И.* Экстренное родоразрешение / В. И. Кулаков, И. В. Прошина.— М.: Медицина, 1994.— 198 с.
15. *Логутова Л. С.* Оптимизация кесарева сечения (медицинские и социальные аспекты): Автореф. дис. ... докт. мед. наук.— М., 1996.— 33 с.
16. *Лук'янова О. М.* Медико-соціальні аспекти здоров'я дітей в наукових програмах України з проблем дитинства / О. М. Лук'янова, Ю. Г. Антипків // ПАГ.— № 1.— С. 5–9.
17. *Михайленко Е. Т.* Слабость родовой деятельности.— К.: Здоров'я, 1978.— 169 с.
18. *Невынашивание беременности / В. М. Сидельникова, В. А. Бурлев, Н. И. Бубнова и др. // Акушерство и гинекология.*— 1994.— № 4.— С. 14–20.
19. *Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения / В. К. Чайка, Т. Н. Демина, А. Г. Коломийцева и др.*— Севастополь: Вебер, 2001.— 268 с.
20. *Оперативное родоразрешение в интересах плода / В. В. Абрамченко, П. Я. Кинтрая, В. И. Курчишвили, М. Х. Яхьяева.*— Ташкент: Изд.-полигр. объединение им. Ибн Сины, 1992.— 186 с.
21. *Персианов Л. С.* Физиология и патология сократительной деятельности матки / Л. С. Персианов, Б. И. Железнов, Н. В. Богоявленская.— М.: Медицина, 1975.— 275 с.
22. *Погорелова А. Б.* Опыт ведения родов через естественные родовые пути у беременных, ранее перенесших кесарево сечение / А. Б. Погорелова, Н. А. Ким // Акушерство и гинекология.— 1988.— С. 44–46.
23. *Радзинский В. Е.* Регуляция родовой деятельности / В. Е. Радзинский, В. В. Абрамченко.— Ашхабад, 1992.— 224 с.

24. *Репина М. А.* Разрыв матки.— М.: Медицина, 1984.— 191 с.
25. *Серов В. Н.* Практическое акушерство / В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин.— М.: Медицина, 1990.— 310 с.
26. *Серов В. Н.* Руководство по практическому акушерству / В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин.— М.: Мединформагентство, 1997.— 424 с.
27. *Слепых А. С.* Абдоминальное родоразрешение.— Л.: Медицина, 1986.— 145 с.
28. *Хечинашвили Г. Г.* Клиническое значение определения готовности организма женщины к родам.— Л.: Медицина, 1974.— 141 с.
29. *Чернуха Е. А.* Кесарево сечение — настоящее и будущее // Акушерство и гинекология.— 1997.— № 5.— С. 22–28.
30. *Чернуха Е. А.* Таз с укорочением прямого диаметра / Е. А. Чернуха, З. О. Базылбекова, А. И. Волобуев // Акушерство и гинекология.— 1984.— № 10.— С. 70–73.
31. *Чернуха Е. А.* Тазовое предлежание плода / Е. А. Чернуха, Т. К. Пучко —М.: Медицина, 1999.— 187 с.
32. *Яковлев И. И.* О сущности аномалий родовых сил и рекомендуемые акушерские мероприятия // Акушерство и гинекология.— 1961.— № 5.— С. 13–14.
33. *Wilkins I.* Preterm Labor / I. Wilkins, K. K. Creasy // Clin. Obstet. Gynecol.— 1990.— Vol. 33, N 3.— P. 2002–2014.

Особенности ведения родов при ягодичных (тазовых) предлежаниях плода

В. В. Жуковский

Рассмотрены причины, диагностика тазовых предлежаний плода. Дано современное представление о тактике ведения родов при этой форме положения плода, определены показания к проведению кесарева сечения.

Specificity of labor management in breech (pelvic) presentations

V. V. Zhukovs'kyi

The reasons and diagnostic issues of pelvic presentation have been reviewed. The current concept of labor management tactics in this type of fetal presentation has been presented. The indications for cesarean section in the pelvic presentation have been determined.