

Статья поступила в редакцию 27.12.2023 г.

Шрамко С.В., Леонова Е.С., Алексеева М.В.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России,

Новокузнецкая городская клиническая больница № 1 им. Г.П. Курбатова,

г. Новокузнецк, Россия

НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА

Одной из основных проблем современного акушерства является увеличение доли оперативного родоразрешения. За последние 20 лет частота кесаревых сечений увеличилась с 15 % до 20 %. Такой прирост формируется многими причинами, в том числе родоразрешением беременных с тазовым предлежанием, занимающим третье место в структуре показаний к операции кесарева сечения. В этой связи, наружный акушерский поворот представляется ресурсным мероприятием на пути снижения количества оперативных родоразрешений.

Ключевые слова: наружный акушерский поворот плода; тазовое предлежание плода; ведение родов при тазовом предлежании плода; кесарево сечение; консультирование женщин с тазовым предлежанием плода

Shramko S.V., Leonova E.S., Alekseeva M.V.

Novokuznetsk State Institute for Advanced Training of Physicians,

Novokuznetsk City Clinical Hospital N 1 named after G.P. Kurbatov, Novokuznetsk, Russia

EXTERNAL OBSTETRIC ROTATION OF THE FETUS

One of the main problems of modern obstetrics is the increase in the proportion of surgical delivery. Over the past 20 years, the rate of caesarean sections has increased from 15 % to 20 %. This increase concerns the causes of causes, including the delivery of pregnant women with a pelvic position, which ranks third, which showed a caesarean section. In this regard, external obstetric rotation seems to be a resource measure to reduce the number of surgical deliveries.

Key words: external obstetric rotation of the fetus; breech presentation of the fetus; management of labor during breech presentation of the fetus; C-section; counseling women with breech presentation of the fetus

Частота тазовых предлежаний плода невысока (3-5 %), тем не менее, перинатальная смертность в 4-5 раз превышает таковую при головных предлежаниях, а родовая деятельность может приобрести затяжной характер и сопровождаться рядом осложнений: преждевременным отхождением околоплодных вод, сдавлением пуповины или ее выпадением, запрокидыванием ручек, разгибанием головки, ущемлением туловища или шеи плода [1]. Именно поэтому роды в тазовом предлежании относят к числу патологических.

Классическое акушерство предусматривает комплекс мероприятий по профилактике и исправлению тазового предлежания плода на головное. В конце XIX века русским акушером Архангельским Б.А. был предложен наружный профилактический поворот плода на головку, когда при помощи ручных приемов, через переднюю брюшную стенку, плод переводится из тазового в головное предлежание.

Длительное время метод наружного акушерского поворота не использовался в связи с наличием большого количества осложнений, что было обусловлено отсутствием возможности адекватного ультразвукового сопровождения и мониторингирования состояния плода до поворота, в момент операции и сразу после выполнения манипуляции. Кроме того, страдал от-

бор пациенток, подходящих под критерии успешного выполнения поворота. В результате, методика наружного поворота была забыта и не использовалась долгие годы.

В настоящее время показано, что наружный акушерский поворот в доношенном сроке (после 37 недель), при учете всех показаний и противопоказаний, является безопасной альтернативой традиционному ведению родов при тазовом предлежании, будь то через естественные родовые пути, либо путем кесарева сечения [2]. Перед проведением процедуры необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути, наличии нормальных размеров таза, нормального расположения плаценты и адекватного количества околоплодных вод [3]. Манипуляция проводится акушером-гинекологом, владеющим данной техникой, при наличии письменного информированного добровольного согласия и до начала родов. При этом беременность должна быть одноплодной, неосложненной, у первородящих пациенток в сроке от 36 недель и более, у повторнородящих – в сроке от 37 недель и более [4].

Необходимыми условиями выполнения процедуры являются: наличие анестезиологической и неонатальной службы в акушерском стационаре 2-го

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2024-1-97-100



VGIZWW

Шрамко С.В., Леонова Е.С., Алексеева М.В. НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА //Мать и Дитя в Кузбассе. 2024. №1(96). С. 97-100.



или 3-го уровней, экспертного УЗИ сопровождения и возможности выполнения экстренного кесарева сечения [5]. Не рекомендуется проводить наружный поворот плода на головку при разрыве плодных оболочек, наличии нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод по данным доплерометрического исследования, нарушений КТГ, задержке развития плода, наличии нарушений кровотока в артерии пуповины, кровотечений во второй половине беременности, аномалий и опухолей матки или ее придатков, многоплодия (кроме поворота второго плода после рождения первого плода), рубца на матке, грубых пороков развития плода, разгибании головки плода, мертвого плода, преэклампсии или артериальной гипертензии у женщины, маловодия, многоводия и неустойчивого положения плода. В свою очередь, к предикторам успешного выполнения манипуляции причисляются: высокий паритет, чисто ягодичное предлежание плода, отсутствие ожирения, абдоминальная пальпация головки плода, прикрепление плаценты на задней или боковых стенках матки, индекс амниотической жидкости более 10 см [1].

Риск осложнений при выполнении манипуляции невысок (0,5-1 %) и к ним относятся: эмболия околоплодными водами, родовое излитие околоплодных вод, разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и дистресс плода [6]. По разным данным, успешность наружного акушерского поворота на головку, при соблюдении всех условий, показаний и противопоказаний, достигает 78-80 %, в результате метод обретает все больше сторонников в нашей стране и других странах мира [4, 5, 7, 8]. Данная методика обладает доказанной эффективностью, входит в клинические рекомендации и позволяет снизить уровень кесаревых сечений при тазовом предлежании плода. При этом успех манипуляции не может быть гарантирован на 100 %, так как зависит от многих факторов [8].

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Беременная Е, 45 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью (39 недель 3 дня) и тазовым предлежанием плода для обследования и определения метода родоразрешения. Беременность вторая.

Из анамнеза: первая беременность закончилась срочными родами в головном предлежании через естественные родовые пути. Масса первого ребенка при рождении 3400 г.

Настоящая беременность протекала без осложнений. Общая прибавка веса составила 5 кг. Телосложение нормостеническое, рост 160 см, масса тела 64,8 кг, ИМТ = 25,5 (на момент обследования). Размеры таза 24-26-32-20 см. Высота стояния дна матки 38 см, окружность живота 94 см. При ультразвуковом исследовании диагностировано чистое ягодичное предлежание плода, вторая позиция переднего вида. Предполагаемая масса плода

3000-3100 г. Головка плода в состоянии сгибания. Плацента располагалась по задней стенке на достаточном расстоянии от внутреннего зева шейки матки. Количество вод — нормальное. В водах определялись свободные петли пуповины. Прямые признаки однократного обвития пуповиной вокруг шеи плода. По данным КТГ и доплерометрии состояние плода было удовлетворительным. При наружном акушерском исследовании предлежащие ягодичцы плода над входом в малый таз. При внутреннем исследовании определялась зрелая шейка матки. По клинико-лабораторным данным в общем анализе мочи определялась протеинурия 0,68-0,63 г/л, артериальное давление в пределах 120/70 мм рт. ст., данных за преэклампсию нет.

С целью снижения плодового травматизма в родах решено выполнить наружный акушерский поворот плода, учитывая отсутствие противопоказаний и наличие предикторов для успешного выполнения: повторнородящая, хорошее качество абдоминальной пальпации головки, отсутствие ожирения, прикрепление плаценты по задней стенке матки, чисто ягодичное предлежание плода, амниотический индекс более 10 см.

Перед проведением операции были выполнены необходимые условия: с беременной проведена беседа о возможной коррекции предлежания плода, обсуждены риски и осложнения процедуры. Беременная на попытку акушерского наружного поворота согласна, о чем получено информированное добровольное согласие.

Операция выполнялась при развернутой операционной в присутствии анестезиолога и специалиста УЗИ-диагностики, после опорожнения мочевого пузыря и не на голодный желудок. В течение всей манипуляции проводился контроль состояния плода с помощью ультразвукового исследования и женщины (артериальное давление, пульс).

Описание хода операции: В положении пациентки на спине, при отсутствии синдрома нижней полой вены, ручными приемами тазовый конец плода приподнят из малого таза женщины. Одной рукой ягодичцы плода смещены в сторону спинки плода, согнутая головка плода смещена в противоположную сторону. Плод переведен сначала в первое косое, в поперечное, затем во второе косое положение. Ладонью левой руки охвачена головка плода, продвинута к плоскости входа в малый таз, второй рукой ягодичцы переведены на дно матки. Плод занял продольное положение, головное предлежание. Головка над входом в малый таз. Манипуляция заняла 4 минуты. Сердцебиение плода оставалось в нормальных пределах (130-145 в 1 минуту). По данным КТГ, после поворота состояние плода оставалось удовлетворительным.

Учитывая высокий риск возвращения плода в тазовое предлежание, гестационную протеинурию, доношенный срок гестации, «зрелую» шейку матки (по Bishop 10 баллов), была проведена индукция родов путем амниотомии. Получены светлые околоплодные воды в объеме 300 мл.

Головка плода прижалась к плоскости входа в малый таз. Роды завершились самопроизвольно. Родился живой доношенный плод мужского пола, масса плода 3180 г, с оценкой по Апгар 9/9 баллов. Общая продолжительность родов составила 4 часа 35 минут. Родильница выписана домой с ребенком на 4-е сутки.

ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наружный акушерский поворот рационально предлагать всем беременным после 36 недель первородящим и после 37 недель повторородящим низкого риска с тазовым предлежанием и поперечным положением плода с учетом противопоказаний к процедуре.

Безусловно, успешности манипуляции будет способствовать создание правильной мотивации у беременной врачом акушером-гинекологом, курирующим беременную с самого начала, еще на уровне женской консультации. В связи с этим, необходимо образовывать и повышать квалификацию врачей в плане понимания эффективности наружного акушерского поворота и его широкого применения в акушерской практике.

Внедрение манипуляции оправдано с точки зрения экономических затрат, а также снижения количества кесаревых сечений и заболеваемости родильниц.

Согласно данным литературы, на данном этапе накоплен положительный опыт, позволяющий вновь внедрить наружный акушерский поворот в практическую деятельность акушеров.

ВЫВОДЫ

1. Собственный положительный опыт и данные проанализированной литературы свидетельствует о необходимости более широкого внедрения наружного акушерского поворота в акушерскую практику, что позволит снизить общую частоту кесарева сечения.

2. В успешном выполнении данной манипуляции огромную роль играет рациональная, научно обоснованная позиция врача и его умение сформировать доверие и полное понимание происходящего у беременной.

3. Успех проведения наружного акушерского поворота возможен только при выполнении его подготовленным персоналом со строгим соблюдением противопоказаний и условий проведения.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Klinicheskie rekomendacii. Tazovoe predlezhanie ploda 2020 (26.02.2021). Utverzhdeny` Minzdravom RF. Russian (Клинические рекомендации. Тазовое предлежание плода 2020 (26.02.2021). Утверждены Минздравом РФ.) http://disuria.ru/_id/9/991_kr20TazPredPlod.pdf
2. Makogon AV, Andriushina IV. Immune and energy factors in the formation of primary powerless labor (review). *Ural Medical Journal*. 2013; 8(113): 13-18. Russian (Макогон А.В., Андришина И.В. Наружный акушерский поворот. Демонстрация клинического случая и обзор литературы //Уральский медицинский журнал. 2013. № 8(113). С. 13-18.)
3. Akusherstvo: uchebnik /G.M. Savel'eva, R.I. Shalina, L.G. Sichinava, O.B. Panina, M.A. Kurcer. 2-e izd., pererab. i dop. M.: GE'OTAR-Media, 2020. 576 s. Russian (Акушерство: учебник /Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 576 с.)
4. Ryabov II. External obstetrical rotate the fetus during the ultrasound screening in the third trimester of gestation. *Prenatal diagnosis*. 2016; 15(1): 52-57. Russian (Рябов И.И. Наружный профилактический акушерский поворот плода в ходе скринингового ультразвукового исследования в III триместре беременности //Пренатальная диагностика. 2016. Т. 15, № 1. С. 52-57.)
5. Vedenie beremennosti i rodorazreshenie pri tazovom predlezhanii ploda: uch.-metod. posobie /sost. Ruxlyada NN, Gajdukov SN, Proxorovich TI, Konovalova MV, Libova TA, Vorobcova IN, Vasil'ev VV. SPb., 2020. 32 s. Russian (Ведение беременности и родоразрешение при тазовом предлежании плода: уч.-метод. пособие /сост. Рухляда Н.Н., Гайдуков С.Н., Прохорович Т.И., Коновалова М.В., Либова Т.А., Воробцова И.Н., Васильев В.В. СПб., 2020. 32 с.)
6. Nikolaeva OA, Semennikov MV, Nikolaev II, Varshaver IM, Morozova JV, Kurandin AV, et al. Estimation of the efficiency of external obstetric rotation of the fetus with its pelvic presentation (short message). *Journal of New Medical Technologies*. 2020; 6: 7-10. Russian (Николаева О.А., Семенников М.В., Николаев И.И., Варшавер И.М., Морозова Ю.В., Курандин А.В. и др. Оценка эффективности наружного акушерского поворота плода при его тазовом предлежании (краткое сообщение) //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2020. №6. С. 7-10.)
7. Kim GJ. Reviving external cephalic version: a review of its efficacy, safety, and technical aspects. *Obstet Gynecol Sci*. 2019; 62(6): 371-381. DOI: 10.5468/ogs.2019.62.6.371
8. Ducarme G. Breech Presentation: CNGOF Guidelines for Clinical Practice- External Cephalic Version and other Interventions to turn Breech Babies to Cephalic Presentation. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2020; 48(1): 81-94. DOI: 10.1016/j.gofs.2019.10.024

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЛЕОНОВА Екатерина Сергеевна,
654057, г. Новокузнецк, пр. Бардина, д. 34, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
E-mail: katlinkuznetsova@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

ШРАМКО Светлана Владимировна, доктор мед. наук, доцент,
профессор кафедры акушерства и гинекологии, НГИУВ – филиал
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
E-mail: shramko_08@mail.ru

ЛЕОНОВА Екатерина Сергеевна, клинический ординатор кафедры
акушерства и гинекологии, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия.
E-mail: katlinkuznetsova@mail.ru

АЛЕКСЕЕВА Марина Викторовна врач акушер-гинеколог,
заведующая акушерским стационаром № 2, ГАУЗ НГКБ № 1 им.
Г.П. Курбатова, г. Новокузнецк, Россия.
E-mail: marina13_68@mail.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS

SHRAMKO Svetlana Vladimirovna, doctor of medical sciences, docent,
professor of the department of obstetrics and gynecology,
Novokuznetsk State Institute for Advanced Training of Physicians,
Novokuznetsk, Russia. E-mail: shramko_08@mail.ru

LEONOVA Ekaterina Sergeevna, clinical resident of the department of
obstetrics and gynecology, Novokuznetsk State Institute for
Advanced Training of Physicians, Novokuznetsk, Russia.
E-mail: katlinkuznetsova@mail.ru

ALEKSEEVA Marina Viktorovna, obstetrician-gynecologist, head of
the department of obstetric N 2, Novokuznetsk City Clinical Hospital
N 1 named after G.P. Kurbatov, Novokuznetsk, Russia.
E-mail: marina13_68@mail.ru