

Менеджмент пологів при сідничному передлежанні плода

За матеріалами конференції

Д.О. Говсеєв, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, С.Р. Галич, д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології Одеського медичного інституту Міжнародного гуманітарного університету, Н.П. Гончарук, д. мед. н., директор КНП «Київський міський пологовий будинок № 1»

У рамках фахової школи «Жіноче здоров'я від А до Я», що відбулася на початку березня, було розглянуто питання вибору оптимальної тактики ведення пологів при тазовому передлежанні плода (ТПП), висвітлено переваги та недоліки кожного з методів, а також представлено огляд світових клінічних рекомендацій у доповідях провідних спеціалістів – учасників заходу.

Ключові слова: сідничне передлежання плода, тазове передлежання плода, зовнішній поворот плода на голівку.

Сідничне передлежання плода: народжувати не можна оперувати



Застосувавши у назві доповіді відомий ідіоматичний зворот – «народжувати не можна оперувати», професор кафедри акушерства та гінекології післядипломної освіти Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, директор КНП «Київський міський пологовий будинок № 5», доктор медичних наук Дмитро

Олександрович Говсеєв зауважив, що стратегія вибору методу розродження при сідничному передлежанні плода (СПП) залежить від того, де поставити кому.

Найбільш популярним варіантом розродження при СПП сьогодні є кесарів розтин, утім доповідач запропонував розглянути альтернативні варіанти ведення пологів.

Так, протокол допомоги при тазовому передлежанні передбачає чотири методи (<https://www.uptodate.com/contents/overview-of-breech-presentation>):

- кесарів розтин без зовнішнього акушерського повороту;
- пологи без зовнішнього акушерського повороту;

- зовнішній акушерський поворот, кесарів розтин у разі невдалого повороту;
- зовнішній акушерський поворот, вагінальне розродження в окремих пацієнтів, якщо поворот вдалий.

Крім того, рекомендованим є проведення коригуючої гімнастики з метою підвищення ймовірності спонтанного повороту плода на голівку, що виконується починаючи з 30-го тижня вагітності двічі на день протягом 20 хв. Тривалість занять становить 7 днів, з яких два перші дні вагітна проводить під наглядом куратора в акушерському центрі. Комплекс вправ включає: нахили вперед, тазовий поштовх, колінно-лікткове положення. Необхідним є долучення мануальної техніки задля розслаблення м'язів черевної стінки, спини, тазового дна.

У разі вибору проведення зовнішнього повороту плода при СПП необхідною є ретельна підготовка, що передбачає наступні дії:

- вибір кандидатів;
- госпіталізація в акушерський стаціонар;
- письмова згода;
- акушерське ультразвукове дослідження (УЗД);
- кардіотокографія (КТГ) до та під час виконання повороту;
- проведення загального аналізу крові, біохімічного аналізу крові, коагулограми, загального аналізу сечі;



- токоліз гексапреналіном до та під час маніпуляції;
- введення анти-D імуноглобуліну резус-негативним жінкам.

Виконання зовнішнього повороту плода при СПП заборонене в наступних випадках:

- олігогідрамніон тяжкого ступеня;
- непереконливі результати моніторингу стану плода;
- розігнута голівка плода;
- значна аномалія плода або матки;
- відшарування/передлежання плаценти;
- розірвані плідні оболонки;
- пологова діяльність;
- розташування плаценти по передній стінці.

Наскільки ж успішним є проведення маніпуляції зовнішнього повороту плода при СПП? Д.О. Говсеєв зазначив, що у систематичному огляді досліджень 2008 року, проведених серед вагітних у терміні після 36 тиж (84 дослідження, n=12 955), загальна частота ускладнень (пролапс пуповини, дистрес плода, вагінальна кровотеча, розрив плодових оболонок та перехід крові плода до організму матері [feto-maternal transfusion]) становила 6,1% (Grootschollen K. et al., 2008). Крім того, частота таких тяжких ускладнень, як мертвородження (n=12), відшарування нормально розташованої плаценти (n=11), складала 0,24%, натомість як екстреного кесаревого розтину – 0,35%, або один випадок на 286 спроб повороту плода. Спираючись на власний досвід, доповідач зауважив, що у 50% випадків спроби повороту плода є вдалим.

У випадку ведення пологів вагінально при ТПП критерії відбору пацієнтів є наступними:

- нормальні розміри таза;
- відсутність підвищеного внутрішньочерепного тиску у плода за даними УЗД;
- орієнтовна вага плода від 2500 до 3800 г;
- СПП;
- безперервний електронний моніторинг частоти серцевих скорочень плода під час пологів;
- інформована згода на пологи з тазовим передлежанням.

Згідно з результатами дослідження С. Ekeus et al. (2019), протягом 7 років у Швеції були народжені 8374 немовляти в тазовому передлежання, при цьому у 3907 (46,7%) випадках мали місце вагінальні пологи, а у 4467 (53,3%) – кесарів розтин. Автори повідомляють, що плановий кесарів розтин не призводить до зниження ризику смерті або затримки нейророзвитку у дітей у віці 2 років. Утім у групі запланованих вагінальних пологів 133 (3,4%) дитини у віці 4 років мали порушення розвитку нервової системи, натомість як у групі планового кесаревого розтину – 142 (3,2%).

На прикладі із власної практики доповідач продемонстрував своє бачення вирішення проблеми вибору оптимальної тактики ведення пологів при ТПП і навіть два клінічні випадки.

Клінічний випадок 1

Вагітна О., 28 років, направлена до стаціонару для проведення зовнішнього акушерського повороту із попереднім діагнозом: «Перша вагітність, 36 тижнів, СПП».

Анамнез: апендектомія у 2004 році, лапароскопічне видалення кісти яєчника у 2017 році. Останні 6 тиж до госпіталізації проходила курс занять коригуючої гімнастики на базі КНП «Київський міський пологовий будинок № 5».

Дані обстеження: фізикальне – без особливостей; лабораторне – без особливостей; дані УЗД – 36 тиж і 5 днів, І позиція, передній вид, СПП. Кишеня амніотичної рідини – 45 мм, однократне обвиття навколо шиї, плацента по задньобічній стінці, попередня вага плода – 3240 г.

Після підготовки та отримання всіх необхідних даних вагітна була переведена до відділення реанімації з метою виключення ймовірності тривалого транспортування її до операційної у разі виникнення ургентної ситуації під час проведення маніпуляції.

Під контролем КТГ, УЗД та з моніторингом гемодинаміки вагітної поворот плода спочатку здійснювався з тазового передлежання у поперечне з подальшим переведенням у головне передлежання. При виконанні маніпуляції не було необхідності у знеболенні вагітної.

Доповідач зауважив, що у разі виникнення болювого синдрому, ознак порушення стану плода або жінки проведення повороту має бути припинене.

Після здійснення акушерського повороту за даними УЗД плід знаходився у головному передлежання в задовільному стані. Було призначено КТГ-моніторинг плода в динаміці, контроль його рухової активності, інфузію гексапреналіну протягом 60 хв після повороту. Увечері того ж дня вагітна була виписана додому.

Клінічний випадок 2

Вагітна Л., 24 роки. *Діагноз:* «Перша вагітність, перші пологи, 39-40 тиж, СПП». Відомо, що соматичний анамнез не обтяжений, займалась гімнастикою із 30 тиж. У 36-37 тиж відмовилася від зовнішнього акушерського повороту. Попередньо було обрано консервативну тактику ведення пологів у тазовому передлежання.

Дані обстеження, оцінка в аспекті клінічної ситуації: УЗД (у 38-39 тиж) – чисто СПП, І позиція, передній вид; об'єм амніотичної рідини в межах норми; розміри плода відповідають терміну гестації; передбачувана маса плода – 3050 г; у 39-40 тиж звернулася до приймального відділення зі скаргами на тягучий біль унизу живота.

З початку активної фази першого періоду пологів розродження проводилось згідно з рекомендаціями Королівського коледжу акушерів-гінекологів Великобританії (RCOG). Доповідач

зауважив, що на сьогодні ручна допомога при пологах із ТПП не рекомендована. Допомога лікаря у пологах полягає в захисті промежини. Ця маніпуляція проводиться під контролем КТГ та моніторингу гемодинаміки вагітної. Перебіг пологів та післяпологового періоду був без особливостей.

Д.О. Говсеєв зауважив, що правильний підхід до вибору кандидата та оптимальний план ведення пологів може запобігти оперативному розродженню шляхом кесаревого розтину.

Вертикальні пологи при сігнічному передлежанні плода



Власним поглядом на оптимальну тактику ведення пологів при СПП поділилася **завідувач кафедри акушерства, гінекології та педіатрії Міжнародного гуманітарного університету, доктор медичних наук, професор Світлана Родіонівна Галич.**

Актуальність проблеми СПП не зменшується з роками й асоціюється з наступними фактами:

- стабільною частотою СПП – 3-4%;
- ураженнями центральної нервової системи у немовлят – у 10 разів частіше;
- травматичними ушкодженнями дітей – у 10-13 разів частіше;
- асфіксією – у 3-8 разів частіше;
- більш частою необхідністю проведення інтенсивної терапії новонародженим;
- перинатальною смертністю – у 3-5 (5-14,3%) разів вищою від загальної.

Доповідач привернула увагу аудиторії до нагальної проблеми отримання молодими лікарями навичок ведення вагінальних пологів у тазовому передлежанні. Оскільки частота проведення останніх значно знизилась, рівень підготовки спеціалістів також став нижчим. Дана ситуація призводить до неадекватного ведення пологів, зростання ризиків травмування плода. Спікер навела найчастіші причини травматизму під час пологів, а саме:

- значно менша кількість вагінальних пологів при СПП;
- недостатній досвід спеціалістів;
- відсутність критеріїв оцінки досвіду спеціаліста, які б визначали його готовність до проведення вагінальних пологів при СПП;
- суб'єктивна оцінка спеціалістом своїх маніпуляцій у пологах при СПП;
- психологічний чинник лікаря акушера-гінеколога (страх, нервування).

Доповідач зауважила, що плід обирає найбільш оптимальне для себе положення в порожнині матки, і причини цього найчастіше невідомі. На думку спікера, зовнішній поворот плода на голівку (ЗППГ) – це «порушення права плода» займати зручне для нього положення. Класичний підхід до розродження у разі СПП – кесарів розтин,

або вагінальні пологи із застосуванням класичних акушерських прийомів (за Цов'яновим, класичного посібника тощо). Ці способи важко вважати нетравматичними, оскільки вони обидва потребують ручної допомоги і можуть призводити до стиснення хребтових артерій, порушення кровотоку у вертебрально-базиллярному басейні внаслідок механічних чинників, а саме при:

- тракціях за тазовий кінець при фіксованій у матці голівці дитини;
- надмірних поворотах тулуба при ручній допомозі;
- надмірному згинанні шиї при виконанні допомоги за Морісо – Левре.

При вилученні плода під час кесаревого розтину вищезазначені механічні чинники також ймовірні, оскільки нижній сегмент матки при СПП розгорнутий недостатньо, а лікар здійснює тракції за тазовий кінець при голівці, фіксованій у дні матки. З огляду на вищевказане професор С.Р. Галич наголосила на можливості застосування методів розродження, не пов'язаних із ручною допомогою, а саме таких, які дозволяють реалізувати природний процес пологів. Одна з таких методик, яку започаткував в Україні професор Френк Льовен, – проведення вертикальних пологів при СПП із ретельним відбором кандидаток.

Перевагами вертикальних пологів при СПП, на думку спікера, є:

- інстинктивна зручна поза для жінки (природний біомеханізм пологів);
- відсутність ятрогенних наслідків ручних прийомів і допомоги у пологах (зниження ризику пологової травми);
- збільшення ємкості малого таза жінки (зниження ризику пологової травми);
- використання сили гравітації;
- створення умов для рефлекторного вигнання плода;
- візуальний контроль частоти серцебиття плода по пуповині (висока оцінка за шкалою Апгар);
- максимальне зниження напруження м'язів промежини та розтягування її тканин.

Крім того, спікер наголосила на проведенні таких пологів лише висококваліфікованим, досвідченим лікарем акушером-гінекологом і з обов'язковим ретельним відбором пацієнток, що включає наступні позиції:

- доношена вагітність (>37 тиж);
- задовільний стан матері та плода;
- повна відповідність таза матері розмірам плода;
- достатня біологічна готовність організму жінки до пологів;
- чисте або змішане СПП;
- зігнута голівка плода.

Посилаючись на дані літератури та власний досвід успішного проведення пологів, доповідач рекомендувала дотримуватися наступних умов (Галич С.Р. та співавт., 2017):

- спонтанний початок пологової діяльності;



- самостійний розвиток пологів із задовільною динамікою;
- самостійний поступальний рух плода по пологовому каналу;
- уникнення торкання плода персоналом протягом акту народження;
- готовність персоналу до зміни тактики ведення пологів у разі необхідності надання термінової допомоги плоду.

Професор С.Р. Галич представила відеоматеріал клінічного випадку із власної практики проведення вертикальних пологів. Під час розродження не застосовувалася ручна допомога, однак необхідним було правильне розташування тулуба роділлі, що забезпечувало безпеку плода у процесі народження. Пологи проводилися під контролем кардіотокографії, а після народження плода до рівня лопаток оцінка його стану забезпечувалася візуальним контролем пульсації пуповини.

У результаті пологів народився хлопчик масою 3400 г, довжиною 51 см, з оцінкою за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилині 8 балів. Післяпологовий період у матері перебігав без особливостей. Мати й дитина були виписані на 3-тю добу. Нині дитині 5 років, розвиток нормальний.

Спікер наголосила на необхідності своєчасного перегляду тактики ведення пологів на користь оперативного розродження у випадку відсутності прогресу розкриття шийки матки та просування плода по пологових шляхах жінки. Крім того, професор С.Р. Галич звернула увагу на важливе значення готовності персоналу у разі виникнення ускладнень перейти до застосування методів швидкого розродження класичним способом (вилучення плода за тазовий кінець).

Менеджмент тазових передлежань



Веденню пологів із ТПП присвятила свою доповідь директор КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», заслужений лікар України, доктор медичних наук **Наталія Петрівна Гончарук**. Вона зауважила, що, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, частота ТПП становить 3–4%, а діти, народжені в тазовому передлежанні, мають більше перинатальних ускладнень, ніж діти, народжені в головному передлежанні, незалежно від способу розродження.

Щорічно у світі зростає відсоток оперативного розродження при ТПП. Згідно з рекомендаціями Американського коледжу акушерів-гінекологів (ACOG), у США частота виконання кесаревого розтину при одноплідній вагітності й ТПП сягає 87–90%. Навіть в академічних центрах цей відсоток є високим, тому наявні обмежені ресурси для викладання резидентам техніки надання допомоги при консервативному веденні пологів.

У зв'язку із цим, за даними ACOG, досвід вагінального розродження у жінок із ТПП щорічно знижується.

За даними КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», відсоток пологів у ТПП залишається стабільним (рисунок).

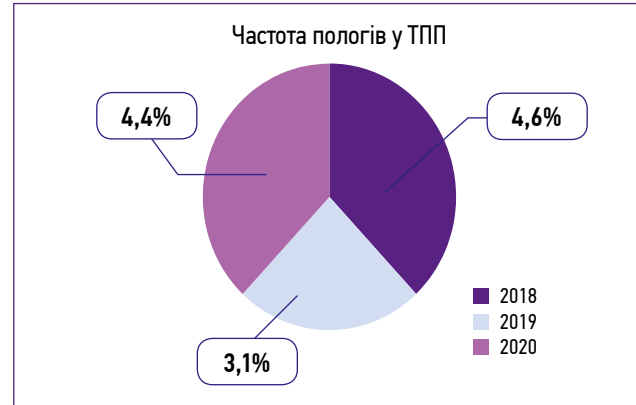


Рис. Частка пологів у тазовому передлежанні

Посилаючись на рекомендації RCOG (2006, 2016), доповідач навела необхідні вимоги до проведення пологів у ТПП:

- наявність фахово підготовлених спеціалістів;
- наявність умов для надання якісної медичної допомоги при ТПП;
- умови для безпечного проведення вагінальних пологів;
- ретельна оцінка всіх факторів ризику;
- включення жінок до групи запланованого вагінального розродження.

Інформованість жінки

У кожній вагітній слід оцінити ризик віддалених наслідків, пов'язаних із кесаревим розтином, спираючись на її індивідуальний профіль і репродуктивні плани. Перед розродженням шляхом кесаревого розтину пріоритетною є інформованість вагітної щодо наступних моментів:

- плановий кесарів розтин збільшує відсоток ускладнень для матері порівняно з вагінальними пологами;
- кесарів розтин підвищує ризик ускладнень при наступних вагітностях, відповідно зростає ризик ускладнень при повторному кесаревому розтині та ризик аномальної інвазії плаценти;
- ризик перинатальної смертності внаслідок кесаревого розтину при ТПП становить 0,5 на 1000 випадків після 39-го тижня вагітності; 12,0 на 1000 випадків при вагінальних пологах у ТПП порівняно з 1,0 на 1000 пологів у головному передлежанні (Green-top Guideline № 20b, March 2019).

Кокранівський огляд G.J. Hofmeyr et al. (2016) та метааналіз, що були опубліковані у British Journal of Obstetrics and Gynecology (2018), доказово показали більш ніж двократне зниження частоти перинатальної, неонатальної смертності та дитячої захворюваності при плановому кесаревому розтині.

Однак зі зниженням перинатальної смертності збільшується ризик материнської летальності. Так, у нідерландському дослідженні Term Breech Trial протягом 4 років було проведено 8,5 тис. планових кесаревих розтинів, що запобігли 19 випадкам перинатальної смертності, проте при цьому було зафіксовано 4 випадки материнської летальності у пологах (Hannah M. E. et al., 2000). Як зазначила Н.П. Гончарук, при інформуванні вагітної вищезазначені дані також мають бути озвучені, оскільки жінка має володіти інформацією щодо всіх можливих ризиків. Крім того, вагітним із ТПП, за умови відсутності абсолютних протипоказань, можна пропонувати ЗППГ (Green-top Guideline № 20a, March 2017, RGOG) з обов'язковим інформуванням про наступне:

- успішно виконаний ЗППГ знижує ймовірність проведення кесаревого розтину;
- ймовірність успіху ЗППГ становить приблизно 50%;
- при дотриманні відповідних застережень ЗППГ супроводжується дуже низькою частотою ускладнень.

ЗППГ має виконуватися лише кваліфікованим практикуючим лікарем в умовах доступу до моніторингу та оперативного розродження після отримання письмової згоди.

Говорячи про допомогу пацієнтам на різних рівнях, доповідач навела статистичні дані 417 вагітних, з-поміж яких 25 осіб із ТПП у 2020 році обслуговувались у Центрі жіночого здоров'я при КНП «Київський міський пологовий будинок № 1». У терміні з 32-го до 37-го тижня гестації за відсутності протипоказань жінкам призначався комплекс коригуючих гімнастичних вправ. У 4 із 25 пацієнток плід повернувся на голівку самостійно.

Крім того, за інформованою згодою та за відсутності протипоказань 8 жінкам у КНП «Київський міський пологовий будинок № 1» було проведено зовнішній поворот плода на голівку. Усі спроби були вдалими: 6 вагітних розродилися своєчасно через природні пологові шляхи; у 2 пацієнток розродження проведено оперативно (першій – кесарів розтин виконано із приводу початкової слабкості пологової діяльності, що не піддавалася медикаментозній корекції, другій – внаслідок дистресу плода).

Нормативно-правова база

На даний час в Україні продовжує діяти нормативно-правова база, на яку можна спиратися при веденні вагітних із ТПП, зокрема продовжено дію наказу МОЗ України № 899 від 27.12.2006 року «Про

затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Тазове передлежання плода»». Враховуючи вищезазначене, обсяг і види надання медичної допомоги жінкам із ТПП мають бути записані в госпітальні маршрути для вирішення юридичних питань і вироблення індивідуальної тактики менеджменту пологів.

Однак у рекомендаціях Канади, Великобританії, Королівського коледжу акушерів-гінекологів Австралії та Нової Зеландії містяться критерії включення пацієнток із ТПП до групи осіб, які планують вагінальні пологи, при врахуванні всіх необхідних умов для безпечного розродження через природні пологові шляхи за відсутності показань до кесаревого розтину. Згідно з даними RCOG (Green-top Guideline № 20b, March 2019), усі заклади, у яких є пологові відділення, мають забезпечити кваліфікований менеджмент пологів при ТПП відповідно до затверджених протоколів.

Спираючись на дані доказової медицини, у КНП «Київський міський пологовий будинок № 1» створений уніфікований клінічний протокол «Тазове передлежання плода», у якому чітко прописані всі необхідні умови для безпечного проведення пологів у жінок із ТПП з урахуванням фахової підготовки лікарів, матеріально-технічної бази та неонатологічної допомоги. Даний протокол включає наступні пункти:

- не рекомендовано рутинно пропонувати кесарів розтин жінкам із ТПП в активній фазі пологів за відсутності протипоказань до вагінального розродження;
- кожною вагітною надається добровільна інформована згода щодо вибору методу розродження.

На завершення Н.П. Гончарук зауважила, що незалежно від методу розродження, який обере жінка при ТПП, акушерська допомога має бути фаховою й безпечною як для матері, так і для дитини – із прогнозуванням усіх ризиків, урахуванням матеріально-технічної бази, засобів неонатологічної допомоги.

Підбиваючи підсумки, доповідачі наголосили на тому, що сучасна стратегія ведення пологів у тазовому передлежанні розробляється в кожній країні й базується на даних доказової медицини. Більшість учених схиляються до необхідності навчання лікарів сучасним методам надання допомоги при вагінальних пологах у тазовому передлежанні (відеокурси, симуляційні центри).

Підготувала Вероніка Яремчук