

Опыт применения наружного акушерского поворота при тазовом предлежании плода



доцент кафедры акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ России

к.м.н. О.А.Николаева

- ▶ частота тазового предлежания плода при доношенной беременности составляет 3-5%

► наличие тазового предлежания плода чревато повышением риска перинатальных осложнений у детей, рожденных через естественные родовые пути, поэтому выбор оперативного метода родоразрешения путем кесарева сечения оправдан с практической точки зрения



► однако кесарево сечение влечет за собой ряд послеоперационных осложнений у женщины

Поэтому перед современным акушером стоит дилемма: что целесообразнее?

- ▶ прооперировать пациентку с тазовым предлежанием в плановом порядке, не подвергая риску ребенка, и пусть следующая беременность у женщины протекает с рубцом на матке со всеми вытекающими отсюда осложнениями

или

- ▶ родоразрешить женщину *per vias naturalis*, взяв на себя всю ответственность за возможные осложнения, в том числе, и по причине неадекватной потужной деятельности роженицы

► Прекрасным компромиссом является процедура наружного акушерского поворота плода,

который возможно выполнить

после 36 недель у перво-,

и 37 недель у повторнородящих
(уровень доказательности В-2b)

Клинические рекомендации (протокол). Тазовое предлежание плода
(ведение беременности и родов).

№15-4/10/2-3299 от 18.05.2017г. 39с.

- ▶ наружный поворот плода на головку значительно снижает частоту родов в тазовом предлежании и частоту кесарева сечения, но не влияет на перинатальную заболеваемость и смертность

- ▶ **О32.1** Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери
- ▶ **1. Подготовка к родам**
- ▶ **2. При тазовом предлежании предлагается наружный поворот плода на головку в сроке 37 недель**
- ▶ **3. Для проведения наружного поворота плода:
а) токолиз; б) УЗИ и КТГ дважды за 5 мин.; в) после завершения процедуры повторить нестрессовый тест в течение 20 минут; г) УЗИ-контроль**

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н
"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю
«акушерство и гинекология
(за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»"

Абсолютные противопоказания к выполнению наружного поворота плода

- ▶ планируемое родоразрешение путем кесарева сечения по другим показаниям
- ▶ кровотечения II половины беременности или последние 7 дней
- ▶ противопоказания к приему β -адреномиметиков
- ▶ нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод по данным УЗДГ, сопровождающееся патологической/пограничной КТГ или наличием маловесного к сроку гестации плода

Абсолютные противопоказания к выполнению наружного поворота плода

- ▶ аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующие повороту
- ▶ многоплодие (кроме поворота второго плода)
- ▶ рубец на матке
- ▶ грубые пороки развития плода, мертвый плод

Абсолютные противопоказания к выполнению наружного поворота плода

- ▶ разгибание головки плода
- ▶ обвитие пуповины вокруг шеи плода
- ▶ тяжелая преэклампсия или высокая артериальная гипертензия
- ▶ преждевременный разрыв плодных оболочек

Относительные противопоказания к выполнению наружного поворота плода

- ▶ синдром задержки роста плода с патологическими параметрами доплерометрии
- ▶ преэклампсия с протеинурией или значительная артериальная гипертензия
- ▶ маловодие, многоводие
- ▶ неустойчивое положение плода

Возможные осложнения при проведении наружного акушерского поворота

- ▶ ПОНРП
- ▶ преждевременные роды
- ▶ преждевременное излитие околоплодных вод
- ▶ разрыв матки
- ▶ фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация)
- ▶ эмболия околоплодными водами
- ▶ преходящая брадикардия плода
- ▶ дистресс плода

Предикторы успешного наружного акушерского поворота

- ▶ многорожавшие
- ▶ абдоминальная пальпация головки
- ▶ низкий индекс массы тела матери
- ▶ расположение плаценты на задней стенке
- ▶ чисто ягодичное предлежание
- ▶ амниотический индекс более 10см

- ▶ На базе «Родильного дома №5 Московского района г. Н.Новгорода»
в период с 1.09.2017г по 1.07.2019г
было выполнено
53 попытки наружного поворота плода на
головку
при исходном тазовом предлежании после
исключения всех абсолютных и относительных
противопоказаний и
получения информированного согласия
женщин

- ▶ возрастной интервал беременных был от 19 до 33 лет
- ▶ две трети пациенток были повторнородящими, одна треть – первородящими
- ▶ акушерско-гинекологический анамнез имел отягощения в виде предыдущих медицинских аборт (от одного до трех) у половины женщин, бесплодия в анамнезе не было ни у кого
- ▶ соматический анамнез значимых отягощений не имел

- ▶ размеры таза были нормальными, предполагаемый вес плода не превышал 3600грамм и не был менее 2500грамм
- ▶ все беременные были настроены на роды через естественные родовые пути, однако категорически отказывались рожать в тазовом предлежании, мотивируя это возможными осложнениями
- ▶ в работу были включены женщины, имеющие чисто ягодичное предлежание
- ▶ гестационный срок выполнения манипуляции составил $37^{\pm 1-3}$ недель

- ▶ перед проведением манипуляции всем беременным было выполнено КТГ-исследование, ультразвуковой мониторинг с доплерографическим исследованием
- ▶ токолиз гексопреналином потребовался в 81,1% случаев, так как у 18,9% женщин (все повторнородящие) маточный тонус был нормальным, оставался неизменным на протяжении всего процесса
- ▶ выполнение наружного акушерского поворота плода начиналось при полной релаксации матки
- ▶ процедура занимала 7 ± 2 минут

- ▶ особенностями ее выполнения явилось четкое планомерное смещение плода в нужном направлении после фиксации его за тазовый и головной концы при некотором его смещении в сторону передней брюшной стенки с перерывом на несколько секунд в середине процедуры
- ▶ во время выполнения манипуляции с женщиной в постоянном режиме говорили, объясняли происходящее, интересовались ее состоянием, получали обратную связь в виде описания ее самочувствия

- ▶ после проведения наружного акушерского поворота вновь был проведен ультразвуковой контроль - подтверждено головное предлежание, выполнено КТГ-мониторирование – зарегистрирован индекс STV $7,8 \pm 0,9$
- ▶ в дальнейшем беременной выполняли фиксацию положения плода на 18-24 часа
- ▶ женщина находилась под наблюдением в акушерском стационаре

- ▶ удачными оказались 47 попыток (88,7%) наружного акушерского поворота плода
- ▶ эти женщины родили через естественные родовые пути в головном предлежании в сроки гестации 40 ± 1 недель без каких-либо осложнений
- ▶ в 65,9% случаев родовая деятельность началась спонтанно, в 34% - преждевременно излились околоплодные воды
- ▶ родовозбуждение, -усиление окситоцином не потребовалось никому
- ▶ все дети имели высокую оценку по шкале Апгар (9-9/9-10баллов), вес - 3500 ± 320 грамм
- ▶ удовлетворенность родовым процессом оказалась высокой

- ▶ в 3 случаях (5,6%), несмотря на первоначальный успех от проведенного наружного акушерского поворота, плод антенатально вновь принял тазовое предлежание через 1-2 суток от момента проведения процедуры
- ▶ от повторной манипуляции все женщины отказались
- ▶ впоследствии эти пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке в сроки доношенной беременности, в ходе которой было обнаружено смешанное ягодичное предлежание плода в двух случаях и ножное – в одном
- ▶ других особенностей в процессе оперативного родоразрешения выявлено не было
- ▶ оценка по шкале Апгар составила 8-9/9-9 баллов, вес - 3800 ± 100 грамм

- ▶ в 2 случаях (3,7%) манипуляция была прекращена по причине болевого синдрома у женщин
- ▶ при выполнении планового кесарева сечения в сроки доношенной беременности у этих женщин была выявлена абсолютная короткость пуповины в сочетании с ее краевым прикреплением
- ▶ других особенностей выявлено не было
- ▶ оценка по шкале Апгар составила 8-9 и 9-9 баллов, вес – 3260 и 3420грамм

- ▶ у одной пациентки (1,9%) в процессе прочтения информированного согласия и его обдумывания отошли околоплодные воды, что явилось противопоказанием для выполнения акушерского поворота
- ▶ она была родоразрешена путем операции кесарева сечения

- ▶ в процессе проведения наружного акушерского поворота каждая вторая женщина сообщала о неприятных ощущениях в области проводимых мероприятий
- ▶ причем, чем старше была женщина, тем больше была выражена ее тревога
- ▶ оформить свою тревогу в словесную форму не смогла ни одна пациентка
- ▶ и только тщательное информирование о происходящем, внимательное отношение медицинского персонала приводило к полной ее релаксации и успокоению

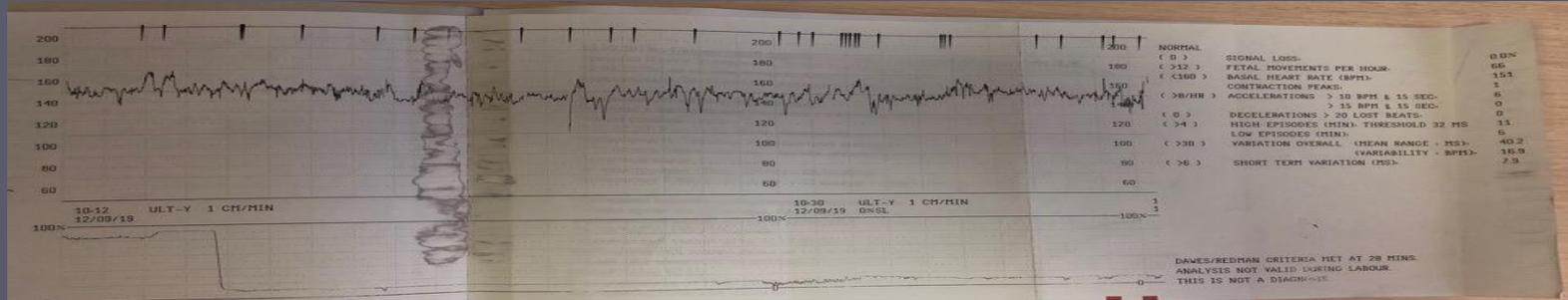
Пациентка Л., 31 год,
первородящая
поступила в отделение
патологии беременности
родильного дома №5
24.06.2019

с диагнозом:

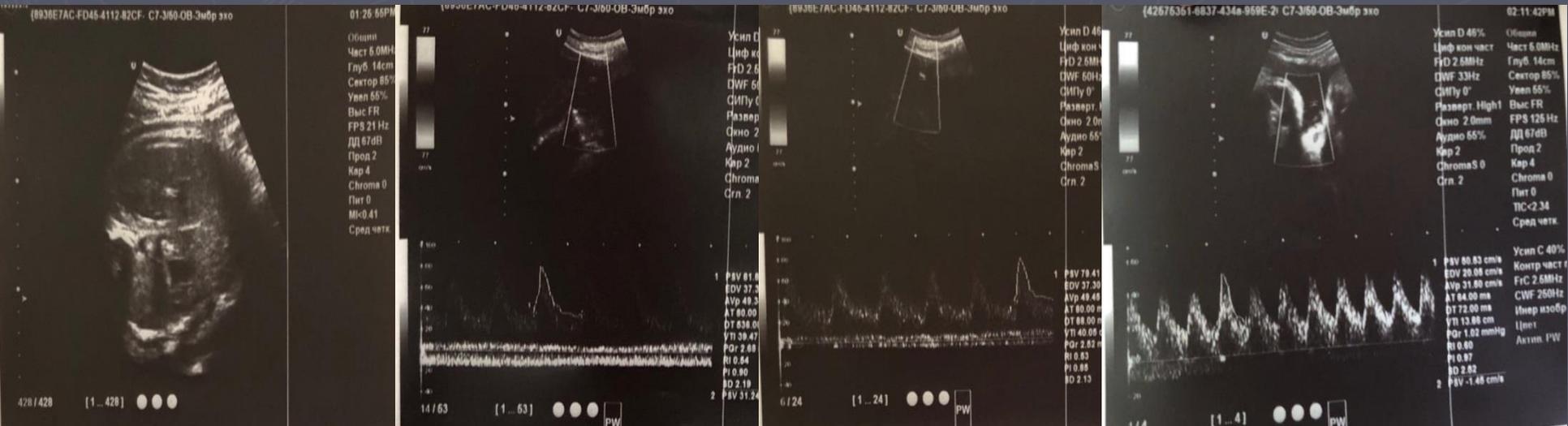
**Беременность 38
недель. Чисто
ягодичное
предлежание плода.**



перед проведением манипуляции было выполнено КТГ исследование



ультразвуковой мониторинг с доплерографическим исследованием



был произведен токолиз гексопреналином



- ▶ выполнение наружного акушерского поворота плода начиналось при полной релаксации матки

Процедура заняла
7 минут



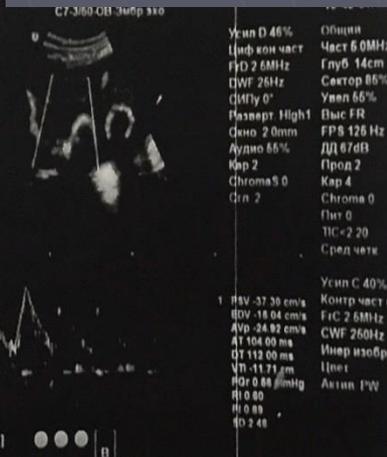
Операцию проводили двумя руками.
Одну руку располагали на тазовом конце,
вторую – на головке плода



Производилось планомерное смещение плода в
нужном направлении после фиксации его за
тазовый и головной концы при некотором его
смещении в сторону передней брюшной стенки с
перерывом на несколько секунд в середине
процедуры



после проведения наружного акушерского поворота был вновь проведен УЗИ-контроль с доплерографическим исследованием - подтверждено головное предлежание



выполнено КТГ-мониторирование



В 40⁺⁶ недель
произошли
самопроизвольные
роды

В ГОЛОВНОМ
предлежании

живой доношенной
девочкой весом 3550
гр, длиной тела 52
см, оценка по шкале
Апгар 9/9 баллов



Выводы

- ▶ наружный акушерский поворот при наличии чисто ягодичного предлежания является эффективной мерой снижения роста кесаревых сечений
- ▶ данная акушерская манипуляция может быть успешно выполнена подготовленным персоналом при строгом соблюдении абсолютных и относительных противопоказаний

Выводы

- ▶ для успешного проведения наружного акушерского поворота большое значение имеет полное понимание пациенткой происходящего и ее доверие доктору
- ▶ дифференцировать болевой синдром, вызванный страхом перед проводимой манипуляцией и объективным препятствием (в нашем случае, абсолютная короткость пуповины), помогает наличие опыта и мастерства персонала, выполняющего наружный поворот плода

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

