

УДК 618.532.6

НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

Рудзевич А.Ю., Фильгус Т.А.

ГОУ ВПО «Тюменский Государственный медицинский университет», Тюмень,
e-mail: obst_med@mail.ru

Наружный акушерский поворот плода является одним из древнейших методов применяемых в акушерстве. В разные годы отношение к этому методу у акушеров гинекологов менялось. В последнее десятилетие интерес к наружному акушерскому повороту плода значительно вырос. Это связано с внедрением в акушерскую практику рекомендации указывающий на большую безопасность проведения кесарева сечения при тазовом предлежании плода. Наружный акушерский поворот стал безопасной альтернативой кесаревому сечению. Мы публикуем обзор литературы и результаты нашего опыта применения данной манипуляции.

Ключевые слова: наружный акушерский поворот плода, тазовое предлежание плода, частота кесарева сечения

EXTERNAL CEPHALIC VERSION FOR BREECH PRESENTATION AT TERM

Rudzevich A.Yu., Filgus T.A.

Tyumen Medical University, e-mail: obst_med@mail.ru

External cephalic version for breech presentation at term is one of the oldest methods used in obstetrics. Over the years, the ratio of this method have obstetricians gynecologists changed. In the last decade, the interest in external cephalic version has grown significantly. This is due to the introduction in obstetric practice recommendations pointing to the greater safety of cesarean for breech presentation. External cephalic version become a safe alternative to caesarean section. We publish a review of the literature and the results of our experience in the application of this manipulation.

Keywords: External cephalic version, breech presentation, the cesarean rate

В настоящее время, отмечается рост частоты кесарева сечения во всех регионах мира с доступной медицинской помощью. Это способствует увеличению осложнений, связанных с оперативным родоразрешением и увеличивает риски осложнений в последующую беременность и роды [6]. Проблема увеличения частоты кесарева сечения актуальна и для РФ, хотя наша страна и не является лидером этого тренда, но необходимо учитывать, что во многих странах одна из ведущих причин повышения частоты кесарева сечения – выбор беременной при отсутствии медицинских показаний, это для нашей страны не является легальным основанием для операции. В РФ рост частоты кесарева сечения обусловлен сугубо медицинскими причинами.

Классически, примерно 85% операций кесарево сечение выполненных по медицинским показаниям проводится по 4 основным причинам: послеоперационный рубец на матке; тазовое предлежание плода; дистотия родов; дистресс плода [1].

На Юге Тюменской области доля кесарева сечения, выполненного в связи с тазовым предлежанием плода составляет 11,2% от всех операций кесарево сечение. Однако, в действительности, влияние тазового предлежания на частоту кесарева сечения еще выше. Основным показанием к операции является послеоперационный рубец

на матке. И у этих женщин необходимость в кесаревом сечении, чаще продиктована решением, принятым в предшествующую беременность, когда выполнялась первая операция и часть из этих женщин была первично оперирована в связи с тазовым предлежанием плода.

Несмотря на то, что роды с рубцом на матке прочно вошли в практику, необходимо признать, что большинству беременных с рубцом на матке предстоит повторное кесарево сечение. Поэтому роль профилактики первичного кесарева сечения так высока. Наружный акушерский поворот несомненно является одним из способов такой профилактики.

Тактика оказания медицинской помощи при тазовом предлежании менялась за последние два десятилетия. Еще относительно недавно тазовое предлежание не рассматривалось как повод для проведения кесарева сечения. Но по мере развития медицины, снижались перинатальные риски, рожать становилось все безопаснее, одновременно с этим становилась все безопаснее сама операция кесарево сечение. Публикация мультицентрового рандомизированного исследования в 2000 г. заставило акушеров пересмотреть свои практики. По данным этого исследования, в медицинских учреждениях с низким уровнем перинатальной смертности, кесарево сечение

при тазовом предлежании плода является более безопасным способом родоразрешения чем самостоятельные роды. Результаты исследования вызвали множество споров и критики, и до настоящего времени способ родоразрешения при тазовом предлежании обсуждается. Но тем не менее, это достаточно качественное исследование, результаты которого обязывает акушеров-гинекологов доносить эту информацию до своих пациентов, в результате чего, при тазовом предлежании плода пациенты обычно выбирают кесарево сечение.

Учитывая, что у 3-4% беременных в доношенные сроки тазовое предлежание плода, переход на тактику оперативных родов значительно усилил тренд на увеличение частоты кесарева сечения. Однако существовала альтернатива кесаревому сечению – это наружный акушерский поворот плода. В итоге обсуждения, популярной оказалась позиция – избегать самостоятельных родов, но в то же время, предлагать наружный акушерский поворот плода.

Кокрановский обзор указывает на результаты 1245 попыток акушерского поворота плода, результатом этих попыток стало снижение частоты кесарева сечения в этой группе в 2 раза. При этом, группа в которой проводился акушерский поворот, и группа в которой не проводился акушерский поворот не отличалась по состоянию новорожденных после рождения [2].

Существуют противопоказания к проведению акушерского поворота плода [3].

Абсолютные противопоказания:

- Решение о проведении кесарева сечения по другим показаниям (в том числе и экстренные акушерские состояния),

- разрыв плодных оболочек,
- плод с запрокидыванием головки,
- многоплодная беременность (кроме поворота второго после рождения первого)

Относительные противопоказания:

- материнское ожирение,
- малый для гестационного возраста плод (менее 10% ОЖ или вес),

- маловодие (ИАЖ менее 5 см, снижает вероятность успешного поворота),

- Послеоперационный рубец на матке от кесарева сечения или миомэктомии.

Внимательное отношение должно быть при обнаружении обвития пуповины плода, препятствующей проведению поворота. Обвитие пуповины вокруг шеи упоминается как противопоказание в некоторых ранних руководствах по проведению поворота, но таких беременностей очень много и выполнение поворота у них возможно, однако поворот должен быть выполнен максимально осторожно под хорошим контролем за серд-

цебиением и УЗ наблюдением. Следует воздержаться от таких манипуляций, если вы только осваиваете данную манипуляцию.

Интересен и анализ безопасности проведения наружного акушерского поворота при послеоперационном рубце на матке, ранее его наличие часто рассматривалось как абсолютное противопоказание, при проведении поворота нас волнует не только состояние плода но и целостность матки. Однако увеличивается количество небольших исследований демонстрирующих безопасность наружного акушерского поворота при рубце на матке. И видимо, в некоторых ситуациях данная манипуляция может быть с осторожностью рассмотрена, хотя рубец и является относительным противопоказанием.

Существуют способы повышающие вероятность проведения успешного поворота плода, к ним относится проведение поворота на фоне введения бета-миметиков.[5] Использование других токолитиков связано с меньшей эффективностью или риском побочных действий.

В некоторых исследованиях описано успешное применение спинальной или эпидуральной анестезии для проведения поворота, что было связано с более частыми успешными поворотами и отсутствием увеличения риска для плода. Однако, данный метод вызывает нередкие возражения среди практиков, связанные с опасением, что при анестезии увеличивается риск чрезмерно сильного воздействия при совершении поворота [3]. Такой способ выглядит заманчиво в качестве последней попытки перед началом операции кесарева сечения из-за тазового предлежания плода.

Мы применяем в практике наружный акушерский поворот с 2001 года. Проведено более 400 попыток. В разные годы удавалось развернуть от 30% до 78% плодов от количества беременных, которым совершались попытки наружного акушерского поворота. Различная частота успешного НАПП была связана с различной степенью отбора на этапе направления в роддом, навыком акушера и применением токолиза перед проведением манипуляции. Применение наружного акушерского поворота позволило снизить необходимость операции кесарева сечения при тазовом предлежании плода. Последняя серия из 50 НАПП позволила развернуть в головное предлежание 70% плодов, без осложнений. Однако, за все время проведения нами НАПП было зарегистрировано 2 случая отслойки нормально расположенной плаценты, которое проявилось кровотечением из половых путей наступившим сразу после манипуляции. Все

случаи ПРПО произошли при попытке поворота на 37 нед. В одном из случаев плод развернуть не удалось, во втором случае плод с необычайной легкостью был развернут в головное предлежание, после чего началось кровотечение. Все два случая ПРПО были завершены экстренной операцией кесарева сечения, извлечены новорожденные в удовлетворительном состоянии. Оба случая не сопровождались большой кровопотерей и родильницы были выписаны на 4 сутки с ребенком домой. Согласно традиционным рекомендациям мы не использовали методы фиксации положения плода после проведения удачного поворота. В 4% случаев отмечали обратный разворот плода в тазовое предлежание. Если такой разворот был своевременно диагностирован при амбулаторном наблюдении (до начала родов), то мы практиковали повторную попытку НАПП с последующей амниотомией. Из других осложнений стоит обратить внимание на случаи приходящей брадикардии плода, наступающий в ряде случаев сразу после поворота, а в некоторых случаях при его проведении, что заставляет отказаться от дальнейших попыток его выполнения. Возможность развития осложнений во время проведения НАПП диктует необходимость проведения данной манипуляции

только в условиях родильного дома при доступности быстрого развертывания операционной. Необходим УЗ контроль до и во время проведения манипуляции, контроль за ЧСС плода. После проведения поворота мы практикуем контроль кардиотокографии в течение часа. Тем не менее, многолетний опыт применения НАПП при тазовом предлежании показал, что данная процедура безопасна и успешно способна предотвратить проведение кесарева сечения у многих женщин с тазовым предлежанием плода.

Список литературы

1. Notzon F.C., Cnattingius S., Bergsjö P., et al. Cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol.* Feb 1994;170(2):495-504.
2. Hofmeyr GJ1, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. [Cochrane Database Syst Rev. 2012]
3. Carl V Smith, C.JM Van De Ven et al External Cephalic Version. Updated: Dec 28, 2015 <http://emedicine.medscape.com/article/1848353-overview>
4. Fernandez C.O., Bloom S.L., Smulian J.C., Ananth C.V., Wendel G.D. Jr. A randomized placebo-controlled evaluation of terbutaline for external cephalic version. *Obstet Gynecol.* 1997. №5: P.775-9.
5. Hannah M.E., Hannah W.J., et. al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial *Lancet.* 2000. № 356(9239): P. 1375-83.
6. Кукарская И.И. Профилактика и резервы снижения материнской смертности в тюменской области Автореф. дис. докт. мед. наук. – Москва, 2012 – 41 с.