

УДК 618.331+618.5]-08

Н. Ф. ЛЫЗИКОВ, И. И. СОЛОВЬЕВА

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

Кафедра акушерства и гинекологии (заведующий — профессор Н. Ф. Лызиков)
Витебского медицинского института

Частота родов в тазовом предлежании плода колеблется от 1,8 (Е. Н. Калинина, 1973) до 5,3 % (Р. И. Калганова, 1964). Перинатальная смертность при этой патологии в 5—5,5 раза выше, чем при родах в головном предлежании плода (И. И. Грищенко с соавт., 1976).

Возникновению тазовых предлежаний способствуют следующие факторы: повышенная подвижность плода (многоводие, многоплодие, недоношенная беременность), препятствия к установлению головки во входе таза (предлежание плаценты, узкий таз, опухоли нижнего сегмента матки, гидроцефалия и другие аномалии развития плода), маловодие и аномалии развития матки, ограничивающие подвижность плода (В. И. Бодяжина с соавт., 1979).

По вопросу ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода среди акушеров нет единого мнения. В. И. Грищенко с соавт. (1979) отмечают, что показатели частоты тазовых предлежаний, уровень перинатальной заболеваемости и смертности зависят от тактики акушера во время беременности и родов.

Материал и методы

Мы подвергли ретроспективному клинико-статистическому анализу ведение беременности с тазовым предлежанием плода у 317 женщин в двух женских консультациях и 280 родов в Витебском городском родильном доме № 1 за 1978 и 1980 годы.

Результаты и обсуждение

Частота родов в тазовом предлежании составила 3,35 % на 8345 родов. У первородящих она была 3,2 %, у повторнородящих — 4,1 %. Чистые ягодичные предлежания наблюдались в 66,4 %, смешанные — в 21,5 %, ножные — в 12,1 %.

Предлежание плода формируется, как правило, в 28—29 недель беременности. Диагноз тазового предлежания в женской консультации был выставлен в 25,0±2,25 % случаев в 28 недель беременности; в 17,6±2,12 % — в 29; в 16,2±2,07 % — в 30; в 13,0±2,04 % — в 31; в 13,0±2,04 % — в 32; в 6,2±1,33 % — в 33; в 5,5±1,27 % — в 34; в 2,0±0,78 % — в 35 и в 1,5±0,67 % — в 36 недель беременности. Эти данные свидетельствуют о том, что тазовые предлежания часто диагностируются поздно, когда эффективность корригирующей гимнастики низкая.

У 2,0±0,78 % беременных корригирующая гимнастика при тазовых предлежаниях плода проводилась длительно, в течение 4—5 недель, в результате чего были упущены оптимальные сроки для проведения наружного профилактического поворота плода на головку. Эффектив-

ность корригирующей гимнастики при тазовых предлежаниях плода по данным наших женских консультаций составила 77,0±2,36 %.

Противопоказанием для корригирующей гимнастики мы считали наличие у беременных сердечно-сосудистых заболеваний с явлениями декомпенсации, тяжелой патологии печени, почек, позднего токсикоза, угрозы недонашивания, сужения таза ниже второй степени и других изменений в родовых путях, при которых невозможны роды через естественные пути.

Отмечено, что во время корригирующей гимнастики беременные не всегда наблюдались через день участковым врачом. Если в результате выполнения корригирующей гимнастики происходил поворот плода на головку, то выполнение вводного и основного комплекса прекращалось, а заключительного — продолжалось до конца беременности. После поворота плода накладывалась фиксирующая повязка с использованием дородового пояса и валиков, которые беременные носили до установления устойчивого головного предлежания плода. Такие беременные посещают участкового врача один раз в неделю для контрольного осмотра.

Женщин, у которых к 32 неделям беременности самоповорот плода с тазового предлежания на головное не произошел, при отсутствии противопоказаний необходимо направить в стационар для наружного профилактического поворота. По нашему мнению, последний нельзя производить при отсутствии достаточной подвижности плода; сердечно-сосудистых заболеваниях в стадии декомпенсации; самопроизвольных абортах и преждевременных родах в анамнезе; многоводии; водянке головки плода; наличии рубцов матки; пороках развития, опухлях матки и придатков; узком тазе (больше второй степени), сужении влагалища и наличии рубцовых изменений, препятствующих родам через естественные пути.

Перед операцией наружного профилактического поворота плода на головку с беременной проводилась беседа, имеющая своей целью снятие у нее страха и опасений перед родами, ее обучали брюшному типу дыхания, умению управлять им и расслаблять переднюю брюшную стенку. Поворот производился без применения обезболивающих средств.

С этой целью нами проанализирована группа из 50 беременных. В 14,0±4,9 % случаев женщины поступали в отделение патологии родильного дома в 32 недели беременности, в 44,0±7,0 % — в 33; в 30,0±6,5 % — в 34 и в 12,0±4,5 % — в 35 и более недель беременности. Из этой группы женщин (50) наружный профилактический поворот плода на головку

произведен у 19. У 16 из них срок беременности был 32—35 недель. У 8 женщин произошел самоповорот плода на головку (7 из них имели беременность 32 недели). Наружный профилактический поворот плода на головку не удался у 23 из 50 беременных из-за ограниченной подвижности и низкого расположения тазового конца плода. Срок беременности у этих женщин был 34 и более недель.

Из приведенных данных видна зависимость эффективности наружного профилактического поворота плода на головку при тазовых предлежаниях от срока беременности. В связи с этим считаем целесообразным, в случае отсутствия эффекта от корригирующей гимнастики, направлять женщин в стационар для профилактического наружного поворота плода на головку в 32 недели беременности. При выявлении признаков ограничения подвижности плода к наружному повороту на головку следует приступать и в более ранние сроки беременности.

Если корригирующей гимнастикой и наружным профилактическим поворотом не удалось перевести тазовое предлежание в головное, женщина должна направляться в стационар при сроке беременности 38—39 недель для решения вопроса рациональной тактики ведения родов.

Наша клиника придерживается следующей тактики ведения родов. В случаях хорошего состояния беременной и плода, при нормальных размерах таза и средней массе плода роды проводят через естественные пути. Если во время родов возникают аномалии сократительной деятельности матки, не поддающиеся консервативной терапии, выпадение пуповины или начинающаяся асфиксия плода, при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, приступаем к операции кесарева сечения. Беременным с иммунологическим конфликтом между матерью и плодом, с тенденцией к перенашиванию проводим родовозбуждение.

По нашим наблюдениям, тазовые предлежания плода осложнились в $32,5 \pm 3,33\%$ преждевременным излитием околоплодных вод, в $17,2 \pm 7,0\%$ эта патология сочеталась с преждевременными родами. При составлении плана ведения беременности и родов у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод и тазовым предлежанием плода учитываем продолжительность промежутка излития вод и зрелость шейки матки.

Для профилактики асфиксии и черепно-мозговой травмы плода, а также с целью ускорения спонтанного развития родовой деятельности всем таким беременным сразу после поступления в родильный дом назначаем триаду Николаева (рутин $0,04$ г или викасол $0,01$ г внутрь, ингаляции кислорода, 40 мл 40% -ного раствора глюкозы + 5 мл 5% -ного раствора аскорбиновой кислоты + 50 мг кокарбоксилазы + 1 мл 6% -ного раствора тиамин бромата + 10 мл 10% -ного раствора глюконата кальция внутривенно; 2 мл $0,1\%$ -ного раствора экстрадиолдипропионата или 1 мл 2% -ного раствора синестрола через 2 часа три раза внутримышечно). Спонтанная родовая деятельность у беременных с тазовым предлежанием плода, осложненным преждевременным излитием околоплодных вод, развивалась в $92,0 \pm 1,93\%$ в пер-

вые $6-7$ часов. При отсутствии спонтанной родовой деятельности приступаем к родовозбуждению внутривенным капельным введением окситоцина. При отсутствии эффекта от родовозбуждения в течение 2 часов ставим вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения.

Плановое кесарево сечение при тазовых предлежаниях плода производим у беременных с анатомически узким тазом, крупным плодом, отягощенным акушерским анамнезом, у первородящих старше 30 лет, при перенашивании беременности, предлежании пуповины, рубце матки, отслойке нормально или низко расположенной плаценты, аномалиях и опухолях матки, предшествующем беременности бесплодии, гипоксии плода, экстрагенитальных заболеваниях.

Мы согласны с мнением тех акушеров, которые тазовые предлежания плода относят к патологии, ухудшающей исходы родов через естественные пути. У 94 здоровых женщин, у которых кроме тазового предлежания плода не было других осложнений беременности, перинатальная смертность составила $4,23 \pm 2,07\%$. Состояние у $12,2 \pm 3,37\%$ детей сразу после рождения было оценено по шкале Апгар в 6 и менее баллов. Заболеваемость новорожденных (постгипоксическая энцефалопатия — у 2 , черепно-мозговая травма — у 2 , перелом ключицы — у 1 , дисплазия тазобедренного сустава — у 1 ребенка) составила $6,6 \pm 2,55\%$. При сочетании тазового предлежания плода с другими осложнениями беременности исходы родов через естественные пути были еще хуже.

Операция кесарева сечения в нашей клинике в 1980 году производилась в $2,53 \pm 0,2\%$ родов. Частота этого метода родоразрешения при тазовых предлежаниях плода составила $8,59 \pm 2,5\%$. Такой показатель частоты кесарева сечения при тазовых предлежаниях следует считать низким. Необходимо стремиться эту операцию производить в плановом порядке. Все дети, извлеченные при операции кесарева сечения у женщин с тазовыми предлежаниями плода, были живыми, состояние их при рождении было оценено по шкале Апгар в $7-10$ баллов.

Нами проанализированы исходы 179 родов в тазовом предлежании плода через естественные пути. Срочных родов было 158 ($88,27 \pm 2,4\%$), преждевременных — 21 ($11,73 \pm 2,4\%$). Перинатальная смертность составила $16,38 \pm 2,6\%$. Мертворождаемость отмечена в 20 ($12,58 \pm 2,5\%$) случаях (антенатально погибло 2 , интранатально — 18 плодов). Причинами мертворождений были асфиксия, внутричерепная родовая травма и уродства плода. В первые 7 дней жизни умерло 6 новорожденных ($3,8 \pm 1,5\%$), в том числе от внутричерепной родовой травмы — 4 , от уродств — 2 . Заболевания отмечены у 16 ($10,1 \pm 2,4\%$) новорожденных (постгипоксическая энцефалопатия — у 7 , внутричерепная травма — у 6 , дисплазия тазобедренного сустава — у 3 детей).

Из осложнений в родах при тазовых предлежаниях плода наблюдались слабость сократительной деятельности в $12,6 \pm 3,56\%$, выпадение пуповины — в $1,9 \pm 1,55\%$. Для предупреждения нарушения нормального членорасположения и запрокидывания ручек плода в конце второго периода родов внутримышечно вводились спазмолитические средства (но-шпа 2 мл, 1% -ный раствор папаверина 1 мл), с момента начала врезывания тазового конца

приступали к внутривенному капельному введению окситоцина. При прорезывании ягодич плода производились пудендальная анестезия, перинеотомия или эпизиотомия. Роды в тазовом предлежании проводились врачом-акушером, который оказывал и ручное пособие.

Заключение

Таким образом, тазовое предлежание плода является серьезной акушерской патологией, которая повышает перинатальную смертность, заболеваемость детей и матерей.

Для снижения частоты родов в тазовых предлежаниях плода необходимо:

— диагноз предлежания плода выставлять в 28—29 недель беременности;

— всех беременных с тазовым предлежанием плода отнести в группу повышенного риска;

— при отсутствии противопоказаний всем женщинам в срок беременности 29—32 недели проводить корректирующую гимнастику, во время выполнения комплекса физических упражнений участковый акушер-гинеколог женской консультации должен осматривать беременную через день, а после исправления тазового предлежания плода — 1 раз в неделю, в 32 недели беременности направлять женщин в стационар для наружного профилактического поворота плода на головку;

— женщинам, которые взяты на учет в консультации позже 32 недель беременности, корректирующую гимнастику следует проводить в течение 3—5 дней, после чего, при отсутствии эффекта, направлять в стационар для профилактического поворота плода на головку.

С целью улучшения исходов родов в тазовом предлежании для матери и ребенка рекомендуется:

— в 38—39 недель беременности женщин направлять в стационар для обследования и выбора рационального метода родоразрешения;

— роды в тазовых предлежаниях плода вести дифференцированно в зависимости от данных акушерского анамнеза, состояния матери и плода, анатомических особенностей таза, массы плода, осложнений беременности и родового акта;

— проводить мероприятия по профилактике несвоевременного излития околоплодных вод, асфиксии плода, аномалий родовой деятельности;

— во втором периоде родов с профилактической целью ввести окситоцин, спазмолитические средства, сделать пудендальную анестезию, перинеотомию или эпизиотомию;

— расширить с целью сохранения плода показания к операции кесарева сечения.

ЛИТЕРАТУРА

Бодяжина В. И., Жмакин К. Н.— В кн.: Акушерство. М.: Медицина, 1979, с. 191—202. ÷ Грищенко В. И., Савельев Г. М. Ведение беременности и родов при тазовых предлежаниях.— Акуш. и гин., 1979, № 6, с. 50—53. ÷ Грищенко И. И., Грищенко В. И., Веприк В. П. Дородовые исправления неправильных положений и тазовых предлежаний плода: Метод. рекомендации / Министерство здравоохранения СССР. М., 1976, с. 1—9. ÷ Калганова Р. И. Опыт ведения родов при тазовом предлежании.— Акуш. и гин., 1964, № 1, с. 96—101. ÷ Калинин Е. Н. Течение родов после поворота плода путем перемены положения тела беременной.— В кн.: Профилактика и лечение невынашивания беременности. Мн.: Польша, 1973, с. 377—380.

Поступила 17.03.82.

CONDUCTING PREGNANCY AND LABOR IN PELVIC PRESENTATION

N. F. Lyzikov, I. I. Solovyeva

Data of retrospective clinico-statistic analysis of conducting 317 pregnant women with pelvic presentation in prenatal dispensaries and 280 in-patients in 1978 and in 1980 are discussed. Deliveries in pelvic presentation was 3,35 %. Pelvic presentation was diagnosed in 15,2 % in terms of 32 weeks. Effectiveness of correcting gymnastic mounted to 77,0 %. External preventive version was not successful in 54,8 %. Terms of pregnancy in those women were 34 and more weeks. Measures on the decrease of pelvic presentation frequency and improvement of delivery results are outlined.