

# Акушерські та перинатальні аспекти тазового передлежання плода: добре відомі факти і нові підходи до проблеми

**О.О. Корчинська, К.Ю. Гульпе, У.В. Волошина**  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
Ужгородський міський перинатальний центр

У статті проаналізовані підходи до вирішення проблеми пологів в тазовому передлежанні плода. Показано, що таких пацієнок доцільно розроджувати шляхом кесарева розтину з метою зменшення перинатальної захворюваності та смертності.

**Ключові слова:** тазове передлежання плода, акушерські та перинатальні аспекти.

Важка демографічна ситуація та незадовільні показники здоров'я населення України вимагають від лікарів усіх спеціальностей не тільки впровадження в практичну діяльність новітніх методів лікування, але і на основі нових знань перегляду вже застарілих методів лікування того чи іншого захворювання. В акушерстві одним з найбільш серйозних факторів ризику для матері та новонародженого залишається така проблема, як тазове передлежання плода. При відносно невеликій частоті тазових передлежань (ТП) в популяції (2,7–5,4%) на частку даних пологів припадає 25% всіх перинатальних втрат. Показник травматизму плода при ТП в 13 разів вищий, ніж при головному передлежанні. Крім того, при ТП перинатальна смертність в 3–4 рази вища при розродженні через природні родові шляхи порівняно з плановим кесаревим розтином.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей перебігу вагітності та пологів у жінок з ТП плода, провести порівняльний аналіз показників перинатальної захворюваності і смертності залежно від методу розродження для визначення оптимальної тактики ведення вагітності та пологів у жінок з ТП плода.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Виходячи з поставленої мети, нами було проведено проспективний аналіз особливостей перебігу вагітності та пологів, а також перинатальних наслідків у 80 вагітних, що народжували в Ужгородському міському перинатальному центрі в період з 1.06.2013 по 1.12.2013. Основну групу склали 40 жінок з ТП плода, що були розроджені шляхом кесарева розтину. До контрольної групи порівняння ввійшли 40 жінок з ТП плода, вагітність яких закінчилась спонтанно через природні родові шляхи. Було проведено порівняльний аналіз обраних груп за показниками перинатальних ускладнень ТП плода та факторів ризику з боку матері.

Усім вагітним було проведено клінічні та лабораторні дослідження, комплексне ультразвукове та доплерометричне дослідження кровотоку в артеріях пуповини, системи мати-плацента-плід, кардіотокографію. У всіх випадках в кожному періоді пологів проводилося спеціальне інтенсивне спостереження, яке включало: контроль за станом роділлі (пульс, АТ, температура тіла тощо); безперервний контроль за характером скорочувальної діяльності матки і станом плода (КТГ); активне ведення III періоду; оцінка стану дитини при народженні за шкалою Апгар і надання допомоги при необхідності.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні проспективного дослідження нами було звернено увагу на фактори ризику виникнення ТП плода. При вивченні анамнезу у вагітних обох груп було виявлено роль генетичного фактора – ТП у матері вагітної у 20% випадків. Серед материнських факторів ризику було виділено безпліддя в анамнезі (14%), сідлоподібна матка (8,6%), рубець на матці (5,2%), штучні аборти та викидні в анамнезі (22,3%), лейоміома матки (3,4%).

В обох групах вагітних була відмічена висока частота таких ускладнень вагітності, як фетоплацентарна дисфункція (35%), затримка внутрішньоутробного розвитку різних ступенів тяжкості (25% випадків), аномалії кількості навколородових вод (14%), обвиття пуповини навколо ший плода (11%), ранні та пізні гестози (9% жінок). Але ці стани були компенсованими, на що вказували дані доплерометрії, яка проводилась жінкам в термінах гестації 32–36 тиж.

Слід врахувати, що ТП, визначене лікарем на терміні 28 тиж вагітності, зовсім не обов'язково збережеться до пологів. До 36 тиж вагітності положення дитини в матці може змінитися. Крім того, існує цілий набір вправ і прийомів, які зможуть допомогти дитині зайняти положення, найбільш сприятливе для пологів.

Отже, ТП плода – це положення дитини в матці сідниці або ніжками вниз.

Розрізняють такі види ТП:

1. Сідничне – виділяють чисто сідничне і змішане сідничне передлежання. При чисто сідничному передлежанні до входу в малий таз передлежать сідниці, ніжки ж, зігнуті в тазостегнових суглобах і розігнуті в колінних, витягнуті уздовж тулуба. При змішаному сідничному передлежанні до входу в таз матері звернені сідниці разом з ніжками, зігнутими в тазостегнових і колінних суглобах.

2. Ножне – розрізняють повне і неповне ножне передлежання. У першому випадку передлежать обидві ніжки, злегка розігнуті в тазостегнових і колінних суглобах, у другому – передлежить одна ніжка, розігнута в тазостегновому і колінному суглобах, інша – зігнута в тазостегновому суглобі і лежить вище.

3. Колінне – це різновид ногового передлежання, коли передлежать зігнуті коліна.

Виправити ситуацію в деяких випадках може коригуюча гімнастика, при виконанні якої змінюється тонус м'язів матки та черевної порожнини, що змушує плід змінити положення. Суть гімнастичної вправи полягає в тому, що вагітна, лежачи на спині, попеременно кілька разів повертається на лівий і правий бік. Дану вправу рекомендується виконувати впродовж 10 днів по 3 рази на добу.

Після госпіталізації на 38-му тижні вагітна підлягає ретельному обстеженню, в ході якого визначається стан матері та плода і приймається рішення про найбільш доцільний



Тазове передлежання плода: а – суто сідничне передлежання, перша позиція, передній вид; б – перша позиція, задній вид; в – змішане сідничне передлежання, друга позиція, задній вид; г – повне ножне передлежання, перша позиція, передній вид

**Мал. 1. Види тазового передлежання: найчастіше зустрічається чисто сідничне передлежання (67%), рідше – змішане сідничне (20%) і ножне (13%)**

спосіб розродження. Вважався довгий час панацеєю кесарів розтин, який сьогодні розглядається тільки як альтернативний спосіб, оскільки в ході його можливі ускладнення, які можуть мати негативний вплив на організм матері і дитини. З особливою обережністю до даного методу слід ставитися при великоплідній і недоношеній вагітності. Абсолютним показанням для застосування кесарева розтину є ножне передлежання і розгинальне положення голови, оскільки за наявності таких патологій існує величезний ризик асфіксії, пологової травми і загибелі плода.

За наявності сприятливої акушерської ситуації, до якої відноситься фізіологічна відповідність таза матері і дитини та їх задовільний стан, приймається рішення про ведення пологів природним шляхом. На сьогодні поширена думка, що при пологах у ТП плода повинні бути присутніми досвідчені в цій справі фахівці. Однак набутти такий досвід зазвичай нелегко. Частково причиною тому є зростаюча кількість оперативних пологів при ТП. Це означає, що все більше акушерів-гінекологів починає своє навчання з того, як робити в цій ситуації кесарів розтин, але майже або зовсім ніколи не бачать вагінальних пологів в сідничному передлежанні. У майбутньому проблема стане ще гостріше, оскільки нинішні молоді лікарі стануть завтра відповідальними консультантами. Сьогодні ми хоча б знаходимося в ситуації, коли більшість консультантів, незалежно від того, яким бачиться їм кращий спосіб появи на світ дитини, що передлежить сідницями, отримали освіту в той час, коли ще не всі такі випадки оперували.

С. Flint [8] перераховує, які небезпеки загрожують дитині, що народжується сідницями, і всі вони викликаються акушерськими втручаннями. Серед них – травма плечового сплетіння, що з'являється через скручування в області ший і

яка веде до паралічу Ерба, розрив печінки при захопленні в області живота, травма наднирників при захопленні в області нирок, розтотчення спинного мозку і перелом ший при перегині тіла назад над симфізом при виведенні голівки. Читати таке страшно, але важливо зробити практичний висновок: всіх цих травм можна уникнути.

### Положення тіла роділлі

Положення для літотомії – це поза, при якій жінка лежить на спині, ноги знаходяться в стременах, щоб підтримувати їх широко розведеними. Положення на спині – це просто лежачи, але не піднімаючи ніг. У положенні напівлежачи груди і плечі жінки підняті, але вона, по суті, знову-таки лежить; воно близьке до положення напівсидячи. Позиція для літотомії може бути болісна для жінки, не кажучи про ті проблеми, які вона може викликати своєю механічною неефективністю. Хоча при необхідності використання щипців положення для літотомії є логічно необхідним: воно дає лікарю, який накладає щипці, оптимальний доступ і огляд.

М. Enkin [7] із співавторами в «Посібнику з ефективної допомоги під час вагітності та пологів» звертають увагу на «Види допомоги, які найімовірніше неефективні або шкідливі». Вони вважають, що положення лежачи може подовжувати другу фазу пологів, зменшує число нормальних пологів, збільшує кількість епізодів порушення серцевого ритму плода і зменшує значення рН пуповинної крові (ознака нестачі кисню). І вагомо додають: «Хоча багато акушерів повідомляють про те, що вертикальні пози в пологах створюють їм незручність в роботі, відгуки від жінок, які народжували в таких положеннях, незмінно позитивні».

N.J. Saunders [16] зазначає, що багато жінок погано почувають себе в положенні лежачи на спині і близько 6% з них страждають від синдрому здавлення нижньої порожнистої вени (коли в лежачому положенні падає кров'яний тиск). Вона вважає, що навіть ті, у кого гіпотензія проявлялась у гострій формі, швидше за все, страждають в тій чи іншій мірі через зниження припливу крові до плаценти.

М. Odent [15] рішуче висловлюється на користь положення навпочіпки з підтримкою під пахви при пологах у тазовому передлежанні. Він пише: «Ми б ніколи не ризикнули приймати дитину, що народжується сідницями, в положенні матері на спині або напівлежачи». Причин тому дві. Перша полягає в тому, що є вагомі докази зменшення ємності малого таза в положенні лежачи. За приблизними оцінками, при переході з поло-



**Мал. 2 Положення жінки навпочіпки з підтримкою під пахви при пологах у тазовому передлежанні**

ження лежачи в положення навпочіпки ємність малого таза збільшується на 1 см, за іншими дослідженнями – на 28% [7]. Друга причина, по якій позиції для літотомії на спині і напівлежачи вважають несприятливими, – вони виключають допомогу сили гравітації. Гравітація допомагає дитині опускатися і сприяє підтримці головки в зігнутому стані [1, 7].

Щоб зробити свій вибір на цьому роздоріжжі протилежних поглядів щодо позицій в пологах, потрібно зберігати відкритість розуму і гнучкість, коректувати положення роділлі залежно від ситуації і свого відчуття правильності того, що відбувається.

### Випадіння пуповини

Випадання пуповини – це ситуація, коли пуповина випадає в піхву. Найчастіше це трапляється при відходженні навколоплодових вод. Якщо передлежача частина нещільно притиснута до шийки матки, то пуповина може вислизнути через шийку матки в піхву. Частота випадіння пуповини при ТП в середньому від 3,7 [19] до 7% [20] порівняно з 0,3% у пологах в головному передлежанні [21].

Частіше, за статистикою, це трапляється при передчасних пологах, багатоплідній вагітності, найбільш часто – при змішаному сідничному передлежанні і особливо – при ножному [2]. Насправді випадіння пуповини при змішаному сідничному передлежанні (коли ніжки розігнуті і витягнуті уздовж тіла) зустрічається в 0,4% випадків, тобто так само, як і при головному передлежанні [20]. При чисто сідничному передлежанні це відбувається в 5–10% випадків, а при ножному передлежанні – до 10–25% [2].

При випаданні пуповини більшість дітей виживає; випадання пуповини при ТП для дітей менш небезпечно, ніж при головному [15]. У багатьох випадках випадіння пуповини у дітей не було виявлено ніяких негативних наслідків [20, 21]. Однак є дослідження, в яких смертність при випаданні пуповини склала більше 30% [19].

### Компресія пуповини

При компресії пуповини вона стискається між головою дитини і кістками таза матері, що веде до зменшення надходження крові і, отже, кисню до дитини [16]. При пологах у ТП компресія пуповини – предмет для заклопотаності, тому що в цьому випадку при проходженні головки через родовий канал якась ступінь здавлювання пуповини неминуча (на відміну від пологів у головному передлежанні, де голова народжується раніше пуповини).

Австралійський лікар J. Stevenson [19] вважає, що падіння частоти серцевих скорочень у другому періоді пологів відбувається не по причині здавлювання пуповини. Він зазначає, що у момент, коли прорізуються сідниці, необхідно засікти час, тому що в цей період зменшується надходження кисню до дитини, але не тому, що головка здавлює пуповину, а через те, що матка скорочується і стискається після того, як її покидає дитина, і через це знижується приплив материнської крові до плаценти. Про зниження надходження кисню до дитини свідчить те, що його серцевий ритм падає нижче 100 ударів за хвилину – не по причині гіпоксії (адже це відбувається задовго до появи у дитини синюшності), а рефлекторно, автоматично сповільнюючи кровообіг, щоб зберегти кисень в організмі дитини. Однак коли тіло опускається, ви зазвичай можете розраховувати на безпечний проміжок часу в 10 хв для завершення пологів [19].

### Вибір методу розродження

Більшість іноземних авторів вважають, що найбезпечніший спосіб появи на світ дитини при ТП – це кесарів розтин. Ось дані щодо частоти проведення кесарева розтину при ТП в різних країнах світу: Японія – 44%, Норвегія –

60%, Данія – 85%, Північна Америка – 95%. В Україні цей показник коливається в межах 10–15%.

Не дивлячись на успіхи акушерства, перинатальна смертність при ТП плода з використанням різних методів розродження за останні роки коливалася від 5 до 14,3%. У зв'язку з цим розробка шляхів для зниження перинатальної захворюваності і смертності при ТП надалі залишається актуальною проблемою сучасного акушерства.

Одним з основних питань, яке необхідно вирішити при ТП плода є надання переваги вагінальному розродженню чи плановому кесареву розтину. Це рішення повинно мати індивідуальний підхід і бути заснованим на наявних в кожній окремій ситуації показаннях з боку матері та дитини.

В основній групі вагітних з ТП показання до проведення кесарева розтину були наступні:

- 1) дистрес плода за даними кардіотокографії – 16%;
- 2) обтяжений акушерський анамнез (рубць на матці, невиношування в анамнезі, безпліддя, мертвонародження) – 15%;
- 3) екстрагенітальні захворювання матері, що вимагають виключення потуг, – 15%;
- 4) передбачувана маса плода більше 3600 г, крупний плід – 14%;
- 5) анатомічно вузький таз I–II ступеня звуження – 11%;
- 6) лейомиома матки – 10%;
- 7) передчасні пологи – 6%;
- 8) первинна слабкість пологової діяльності, що не піддається медикаментозній корекції, – 5%;
- 9) ножне передлежання плода – 4%;
- 10) ТП першого плода при багатоплідній вагітності – 4%.

Також показанням до планового кесарева розтину може стати сідничне передлежання у випадку чоловічої статі плода, адже було доведено, що при вагінальному розродженні можливе травмування калитки, що, в свою чергу, з великою ймовірністю призведе до розвитку безпліддя в майбутньому. До того ж, в таких випадках при піхвовому обстеженні чи холодовому впливі на калитку після народження тулуба може виникнути передчасний вдих та аспірація навколоплодових вод, що має негативний вплив на показники перинатальної захворюваності.

У контрольній групі умовами для розродження через природні пологові шляхи були: доношена вагітність, передбачувана маса тіла плода більше 2500 г і менше 3700 г, згинальне положення голівки, строк вагітності 34 тиж і більше, адекватні розміри таза матері, що було підтверджено тазовою пельвіометрією з урахуванням індексу Соловійова.

У чистому сідничному передлежанні народилось 24 дитини (60%), в змішаному сідничному – 12 (30%), в ножному – 4 (10%). Своєчасними були пологи у 30 жінок (75%), передчасними (34–37 тиж гестації) – у 10 жінок.

У випадку ТП плода не слід забувати про можливе надмірне розгинання голівки або її ротації, що веде до порушення гемодинаміки у вертебральних артеріях плода, а це, в свою чергу, створює преморбідний фон для розвитку мозкових дисфункцій у новонародженої дитини. Існує також й інша проблема, пов'язана з ризиками «закритого» пошкодження калитки при народженні плода чоловічої статі. Справа в тому, що родова пухлина при сідничному передлежанні часто переходить на яєчка. При цьому особливості тканин і кровопостачання сприяють появі набряку та внутрішньої гематоми яєчок. Наслідки цього можуть бути різні, в тому числі і порушення репродуктивної функції чоловіка, на це впливає також внутрішньоутробне здавлювання статевих органів малюка. Але варто відзначити, що в Європі та США відсоток природних пологів при ТП плода чоловічої статі практично зведений до нуля.

Серед перинатальних ушкоджень плода при ТП у контрольній групі було виявлено:

- 1) кефалогематома – 4% випадків;
- 2) травма кульшових суглобів – 4%;



- 3) розлади неврологічного статусу – 2%;  
4) параліч плечового нервового сплетення – 2%.

За результатами оцінки стану новонароджених за шкалою Апгар серед дітей, що народилися шляхом кесарева розтину, оцінку нижче 7 балів отримали 4,3%, при пологах через природні пологові шляхи – 13,3%.

Відмітимо, що у 15% випадків новонароджені були недоношені і страждали на респіраторний дистрес-синдром.

Також при вагінальному розродженні проведення інтенсивної терапії в ранній неонатальний період потребувало 19% дітей, а при кесаревому розтині – 8%. Було відмічено, що в контрольній групі серед новонароджених частіше зустрічалось гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи різного ступеня тяжкості.

### ВИСНОВКИ

Дані дослідження свідчать про те, що новонароджені в ТП відносяться до групи ризику розвитку синдрому

мозкових дисфункцій, травми кульшових суглобів, безпліддя в майбутньому та інших перинатальних ускладнень.

Для зниження частоти перинатальних ускладнень у жінок з ТП плода вагітну необхідно госпіталізувати в акушерський стаціонар не пізніше, ніж на 38-му тижні вагітності для повного обстеження, визначення терміну пологів, вибору оптимального методу розродження та підготовки до пологів.

Виходячи з результатів дослідження, можна зробити висновок про те, що у випадку ТП плода доцільним є надання переваги плановому кесареву розтині з метою зниження рівня перинатальної захворюваності і смертності у даній групі новонароджених.

Отже, вагінальні пологи, при яких плід знаходиться в тазовому передлежанні, вимагають більшої майстерності від акушера-гінеколога і мають високу частоту перинатальних ускладнень.

### Акушерские и перинатальные аспекты тазового предлежания плода: хорошо известные факты и новые подходы к проблеме

**О.А. Корчинская, Е.Ю. Гульпе, У.В. Волошина.**

В статье проанализированы подходы к решению проблемы родов в тазовом предлежании плода. Показано, что таких пациенток следует родоразрешать путем кесарева сечения с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

**Ключевые слова:** тазовое предлежание плода, акушерские и перинатальные аспекты.

### Obstetric and Perinatal Aspects of Breech Presentation: a Well-known Facts and New Approaches to the Problem

**O.A. Korchyńska, K.Y. Gulpe U.V. Voloshyna**

The article analyzes the approaches to solving problems in child-birth breech presentation. It is shown that such patients should be delivered by cesarean section to reduce perinatal morbidity and mortality.

**Key words:** breech presentation, obstetric and perinatal aspects.

### Сведения об авторах

**Корчинская Оксана Александровна** – кафедра акушерства и гинекологии ГВНЗ «Ужгородский национальный университет», 88000, г. Ужгород, ул. Подгорная, 46. E-mail: oksana.uzh@mail.ru

**Гульпе Кира Юрьевна** – Ужгородский городской перинатальный центр, 88000, г. Ужгород, ул. Грибоедова, 20Б

**Волошина Ульяна Владимировна** – кафедра акушерства и гинекологии ГВНЗ «Ужгородский национальный университет», 88000, г. Ужгород, ул. Подгорная, 46

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Banks M. Breech Birth Woman-Wise // Birthspirit Books. – 2008. Hamilton, New Zealand.
2. Cheng M. and Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature // Obstetrics and Gynaecology. – 2003. – 82 (4). – С. 605–618.
3. Goethals T.R. Caesarean section as the method of choice in management of breech delivery // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2006. – 71. – С. 53.
4. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy. Executive Summary of the 7th Annual Report // Maternal and Child Health Research Consortium. – June 2000.
5. Confino E., Gleicher N., Elrad H., Isajovich B. and David M.P. The breech dilemma: a review // Obstetric and Gynaecological Survey. – 2003. – 4 (6). – 330–7.
6. Cronk M. Keep your hands off the breech // AIMS Journal. – 2008. – 10 (3). – 6–9.
7. Enkin M., Keirse M.J.N., Renfrew M. and James N. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, 2nd edition // Oxford University Press, Oxford. – 2005.
8. Flint C. Babies presenting by the breech // Obstetrics and Gynaecological Product News, 2009. – 21–3.
9. Gimovsky M.L., Wallace R.L., Schifrin B.S. and Paul R.H. Randomised management of the nonfrank breech presentation at term: a preliminary report // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2003. – 146. – 34.
10. Goethals T.R. Caesarean section as the method of choice in management of breech delivery // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2006. – 71. – 536.
11. Hannah M.E., Hannah W.J., Hewson S.A., Hodnett E.D., Saigal S. and Willan A.R. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial // Lancet 356. – 2000. – 1375. – 83.
12. Lagercrantz H. and Slotkin T.A. The «stress» of being born // Scientific American. – 2006. – 254 (4). – 92–107.
13. Levine E.M., Ghai V., Barton J.J. and Storm C.M. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns // Obstetrics and Gynaecology. – 2007. – 97. – 439–42.
14. Lowden G. Natural active breech birth // Aims Journal. – 2006. – 10 (3). – 5.
15. Odent M. The second stage as a disruption of the fetus ejection reflex. //Midwifery Today. – 2006. – 55. – 12.
16. Saunders N.J. The management of breech presentation // British Journal of Hospital Medicine. – 2008. – 56 (9). – 456–8.
17. Scorza W.E. Intrapartum management of breech presentation // Clinics in Perinatology. – 2005. – 23 (1). – 31–49.
18. Silvert M. Doctors need more training in delivering breech babies // British Medical Journal. – 2002. – 320. – 1689.
19. Stevenson J. More thoughts on breech // Midwifery Today 26 (Summer). – 2004. – 24–5.
20. Swietlicki F.C. Breech delivery – the Scottish way of birth // AIMS Journal. – 2009. – 7 (3). – 12–14.
21. Zlatnik F. The Iowa premature breech trial // American Journal of Perinatology. – 2009. – 10. – 60.

Статья поступила в редакцию 28.04.2014