

# Планування пологів – сучасний підхід в акушерстві у разі тазового передлежання плода

О.М. Каланжова, С.Р. Галич, Р.П. Нікітенко

Одеський національний медичний університет

Світові дані щодо стабільно високих перинатальних втрат у разі тазового передлежання плода (ТПП) та суттєвого збільшення кількості випадків кесарева розтину (70–100%) стали підґрунтям до пошуку принципово нових підходів у розродженні пацієнток із ТПП.

**Мета дослідження:** оцінювання ефективності та обґрунтування індивідуального планування пологів у разі ТПП.

**Матеріали та методи.** Проведено проспективний аналіз завчасного планування способу розродження 69 вагітних із ТПП, які були розподілені на дві групи. I – основна група (ОГ; n=36), жінки з запланованими консервативними пологами при ТПП; II – контрольна група (КГ; n=33), жінки з запланованим кесаревим розтиним при ТПП.

**Результати.** Завершення вагітності більшості пацієнток в обох групах відбулося запланованим способом розродження: ОГ – 27 (75%); КГ – 29 (87,8%). Пацієнтки ОГ народжували у колінно-ліктьовій позиції – 11 (40,7%) випадків та за допомогою методу Цов'янова – 16 (59,3%) випадків. А випадки розродження шляхом кесарева розтину (9 – 25%) в ОГ були здебільшого I категорії ургентності – 5 (55,5%). Потреба в ургентному кесаревому розтині у КГ виникала майже у два рази менше – 4 (12,2%), і більшість випадків – 3 (75%) були III категорії ургентності. Серед малюків ОГ, яким надавали ручну допомогу під час народження, перинатальні ускладнення спостерігалися найчастіше: пологова травма – 8 (22,2%), асфіксія – 3 (8,3%), аспірація – 2 (5,55%), гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку – 3 (8,3%).

**Заклучення.** Наведені дані свідчать про відсутність високпрофесійних навичок, які потребують ретельного відпрацювання та вдосконалення родопомічних маніпуляцій акушерами-гінекологами.

**Ключові слова:** тазове передлежання плода, консервативні пологи, кесарів розтин, перинатальні наслідки.

Пологи при тазовому передлежанні плода (ТПП) – питання, що протягом тривалого часу залишається предметом дискусій та тактичних контрарсій для науковців багатьох країн світу. Так, опубліковані у 2000-х роках результати мультицентрових рандомізованих контрольованих досліджень Term breech Trial, PREMODA кардинально змінили парадигму ведення пологів при доношеній вагітності одним плодом у тазовому передлежанні у бік абдомінального способу розродження. А оновлення національних рекомендацій та клінічних протоколів призвело до ще більшої концентрації акушерів-гінекологів на оперативному розродженні та знехтування вивчення можливості покращання та більш широкого впровадження консервативних пологів у пацієнток із ТПП [1, 2].

Привертає увагу те, що при досить стабільній та невисокій частоті випадків ТПП у популяції (3–5%) наслідками зазначених вище клінічних підходів стали: незмінні перинатальні втрати – до 1/4 всіх випадків, збільшення кількості випадків кесарева розтину у розвинутих країнах – 70–100%, збільшення материнської захворюваності та смертності, а також погіршення подальшої репродуктивної функції пацієнток.

Такі показники свідчать про наближення сучасної акушерської допомоги до межі оперативного розродження, за якою результати не виправдовують очікування, а ризики ятрогенних ускладнень стають надто високими як для матері, так й для новонародженого [3–7]. Утім, більш пізні дослідження у зазначеному напрямку (Maggie Banks – New Zealand) демонструють можливість зменшення кількості ускладнень під час консервативних пологів при ТПП до відповідних при головному передлежанні плода за умов певного відбору пацієнток до таких пологів.

Отже, наведені дані підтверджують неефективність та необґрунтованість використання єдиного підходу у пологах при ТПП [8, 9]. А сьогодення диктує необхідність подальшого пошуку та оптимізації принципово нових шляхів до ведення пологів у разі ТПП, що дозволить зробити їх запланованими, індивідуальними та максимально безпечними для кожної вагітної.

**Мета дослідження:** оцінювання ефективності та обґрунтованості індивідуального планування пологів при ТПП.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення визначеної мети проведено проспективний аналіз 69 випадків завчасного планування способу розродження першо- та повторнороділей із доношеною вагітністю одним плодом у тазовому передлежанні (неповне та повне) із припустимою масою плода від 2500 г до 4200 г. Жінки групи дослідження або не були кандидатами для проведення операції зовнішнього повороту плода на голівку (мали проти показання), або письмово відмовлялися від її проведення. З дослідження були виключені пацієнтки із передчасними пологами (<37 тиж), ножним передлежанням, багатоплідною вагітністю та вродженими вадами внутрішньоутробного розвитку плода. Усі пологи відбулися на третьому рівні надання акушерської допомоги в Одеському обласному перинатальному центрі у 2015–2017 рр.

Вагітні були розподілені на дві групи:

- I – основна група (ОГ; n=36) – жінки з ТПП, яким планували консервативний спосіб розродження;
- II – контрольна група (КГ; n=33) – жінки з ТПП, яким планували спосіб розродження виключно шляхом кесарева розтину.

Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office Excel 2016 із використанням статистичних методів варіаційного, непараметричного аналізу. Статистично значущими вважали значення  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок у групах дослідження становив  $27,1 \pm 1,5$  року – в ОГ та  $28,3 \pm 1,3$  року – у КГ. Клініко-статистичний аналіз стану соматичного та репродуктивного здоров'я пацієнток засвідчив відповідність провідних показників в обох групах.

Так, частота екстрагенітальної патології у пацієнток груп дослідження не розрізнялася: з боку дихальної системи – в ОГ в 1 (2,7%) пацієнтки, у КГ – в 1 (3%); травного тракту – в

Способи розродження, якими завершилися пологи у групах дослідження, n (%)

Спосіб розродження	ОГ, n=36	КГ, n=33
Вагінальні пологи	27 (75)	-
Кесарів розтин (елективний)	-	29 (87,8)
Кесарів розтин (ургентний)	9 (25) *	4 (12,2)

Примітка: \* –  $p < 0,05$  порівняно з КГ.

Перинатальні наслідки планованих пологів при ТПП, n (%)

Показник	ОГ, n=36	КГ, n=33
Пологові травми	8 (22,2)*	2 (6,1)
Асфіксія під час народження	3 (8,3)	1 (3,03)
Аспірація	2 (5,55)	0 (0)
Гіпоксичні крововиливи у шлуночки мозку	1 (2,8)	0 (0)
Гіпоксичні та ішемічні ураження головного мозку	3 (8,3)	1 (3,03)
Необхідність інтенсивного лікування	4 (11,1)*	0 (0)

Примітка: \* –  $p < 0,05$  порівняно з КГ.

ОГ у 9 (25%) пацієнток, у КГ – у 8 (24,2%) та сечовивідної системи – в ОГ у 6 (16,7%) пацієнток, у КГ – у 4 (12,1%) ( $p > 0,05$ ). При цьому захворювання центральної нервової системи – в ОГ у 2 (5,5%) пацієнток, у КГ – у 5 (15,1%) та серцево-судинної системи – в ОГ у 7 (19,4%) пацієнток, у КГ – у 2 (6,1%) за частотою визначення в обох групах достовірно розрізнялися ( $p < 0,05$ ). Увагу привертає те, що з боку патології центральної нервової системи у КГ превалювала епілептична хвороба із частими нападами – у 3 (60%) пацієнток, що визначало оперативний спосіб розродження таких вагітних.

При цьому з боку захворювань серцево-судинної системи в ОГ більш ніж половину випадків становила варикозна хвороба – у 4 (57,1%) пацієнток, що вимагає планування у таких пацієнток консервативного розродження за відсутності інших протипоказань. Серед переліку екстрагенітальної патології порушення з боку травного тракту як в ОГ, так і в КГ діагностували майже у кожній четвертій вагітній.

Результати вивчення характеру менструальної функції свідчать про пізню, у віці 15–16 років, менархе – 23 (63,8%) жінки в ОГ, 19 (57,6%) – у КГ та дисменорею – 18 (50,1%) жінок в ОГ, 20 (60,6%) – у КГ; у більшості пацієнток обох груп ( $p > 0,05$ ).

Аномалії розвитку репродуктивної системи ставали чинником відношення пацієнток одразу до КГ у 7 (21%) випадках (дворога матка – 4; перетинка порожнини матки – 3).

Визначення особливостей акушерсько-гінекологічного анамнезу засвідчило, що першовагітними в ОГ були 11 (30,5%) жінок, у КГ – 9 (27,2%) пацієнток. Утім, на безплідність (первинну або вторинну) страждали виключно пацієнтки КГ – 6 (18,1%) жінок. Щодо штучних абортів, то їхня кількість превалювала серед обстежуваних ОГ – 17 (47,2%) жінок, тоді як у КГ даний показник був значно меншим та становив 5 (15,1%) випадків ( $p < 0,05$ ). За допомогою репродуктивних технологій вагітність настала в 1 (2,7%) пацієнтки ОГ та 4 (12,1%) пацієнток КГ. Привертає увагу й те, що кількість першороділей в ОГ становила 12 (33,3%) випадків, що у два рази менше за відповідний показник у КГ – 22 (66,6%) випадки. Ускладнень післяпологового періоду у повторнороділей у досліджуваних групах не відзначено.

Усі пацієнтки груп дослідження були взяті на облік протягом I триместра гестації та відвідували жіночу консультацію регулярно.

Частота ускладнення перебігу теперішньої вагітності раннім токсикозом – 8 (22,2%) випадків в ОГ, 13 (39,3%) – у КГ, анемією вагітних легкого ступеня – 10 (27,7%) випадків в ОГ, 7 (21,2%) – у КГ та прееклампсією помірного ступеня – 6 (16,6%) випадків в ОГ, 9 (27,2%) – у КГ у жінок обох груп не мала достовірної різниці ( $p > 0,05$ ). Утім, випадки таких ускладнень, як загроза переривання вагітності – 8 (22,2%) випадків в ОГ, 26 (78,8%) – у КГ, та внутрішньопечінковий холестаза – 1 (2,7%) випадок в ОГ, 3 (9%) – у КГ мали достовірну різницю за частотою виникнення у зазначених групах ( $p < 0,05$ ). Також перебіг вагітності у жінок КГ у 3 (9,1%) випадках ускладнювався низькою плацентацією.

Подальше дослідження було спрямоване на визначення відповідності запланованого способу розродження при ТПП до способу розродження, що відбувся, та наслідків запланованих пологів при ТПП для новонароджених залежно від способу їхнього народження в обох групах.

Так, наведені дані демонструють завершення вагітності більшістю пацієнток обох груп саме запланованим способом: в ОГ – 27 (75%); у КГ – 29 (87,8%) жінок (табл. 1).

Пацієнтки ОГ, у свою чергу, народжували консервативним шляхом як за умов повної недоторканості дитини у колінно-ліктвовій позиції жінки – 11 (40,7%) випадків, так і за допомогою методу Цов'янова у позиції породіллі дорсально – 16 (59,3%) випадків. Обрання вільної, колінно-ліктвової, позиції під час пологів серед жінок ОГ було можливим лише за умов сприятливого перебігу пологів, а саме: спонтанна активна пологова діяльність протягом усього пологового акту, поступове просування плода пологовим каналом на тлі продуктивної пологової діяльності, задовільний стан породіллі та внутрішньоутробного плода. Водночас, ретельний моніторинг перебігу консервативних пологів при ТПП виявляв пацієнток, чиї пологи потребували активного втручання із використанням методу Цов'янова з причин ускладнення у першій або другий періоди (слабкість пологової діяльності – 11 (68,8%) випадків, інтранатальний дистрес плода – 5 (31,2%) випадків).

Щодо кесарева розтину, яким завершилося 9 (25%) вагітностей в ОГ, то він був наслідком виключно ускладнених планованих консервативних пологів, що потребували перегляду тактики ведення у бік оперативного розродження. Так, його проведення в ургентному порядку у жінок ОГ було зумовлено:

- передчасним розривом плодкових оболонок при «незрілій» шийці матки (<5 балів за Бішопом) – 2 (22,2%) випадки;
- первинною слабкістю пологової діяльності – 1 (11,1%) випадок;
- вторинною слабкістю пологової діяльності – 1 (11,1%) випадок;
- інтранатальним дистресом плода – 3 (33,3%) випадки;
- випадінням петель пуповини – 1 (11,1%) випадок;
- передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти – 1 (11,1%) випадок.

При цьому слід зазначити, що більшість випадків кесарева розтину в ОГ – 5 (55,5%) належали до I категорії ургентності.

У КГ розродження пацієнток запланованим шляхом відбулося у 29 (87,8%) випадках – елективний кесарів розтин. Потреба в ургентному кесаревому розтині I та III категорій ургентності у 4 (12,2%) представниць зазначеної групи була зумовлена: передчасним відшаруванням низько розташованої плаценти (I категорія ургентності) – 1 (25%) випадок та передчасним розривом плодкових оболонок (III категорія ургентності) – 3 (75%) випадки.

Особливо показовими щодо планування пологів при ТПП є дані стосовно новонароджених у групах дослідження. Так, в обох групах всі діти народилися живими. Середня маса тіла новонароджених у КГ становила  $3840 \pm 260$  г та була достовірно більшою за відповідний показник в ОГ –  $3380 \pm 180$  г ( $p < 0,05$ ). Середня оцінка малюків за шкалою Апгар після народження у КГ (1-а хвилинка –  $7,8 \pm 1,2$  бала, 5-а хвилинка –  $8,6 \pm 1,0$  бала) була вищою від такої в ОГ (1-а хвилинка –  $5,6 \pm 1,5$  бала, 5-а хвилинка –  $6,7 \pm 0,6$  бала). А проведення порівняльного аналізу показників стану новонароджених у групах дослідження у ранній неонатальний період продемонстрували достовірну різницю (табл. 2).

Стосовно пологових травм плода з'ясовано, що в ОГ їх діагностували у половини новонароджених – 8 (22,2%), саме яким у пологах надавали допомогу за Цов'яновим: садна і синці – у 7 (87,5%) та переломи ключиці – в 1 (12,5%) випадку. Утім, пологовий травматизм у КГ спостерігався рідше виключно у формі синців та був пов'язаний із утрудненою екстракцією великого плода під час кесарева розтину – 2 (6,1%) випадки ( $p < 0,05$ ).

Стосовно асфіксії під час народження слід наголосити на більш вираженому ступені її тяжкості в ОГ – 3 (8,3%): середня – 2 (66,7%) і тяжка – 1 (33,3%) випадок. Серед новонароджених КГ зазначене ускладнення діагностували лише в 1 (3,03%) випадку, яке клінічно проявлялося легким ступенем та було пов'язане із передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти.

### Планирование родов – современный подход в акушерстве при тазовом предлежании плода О.М. Каланжова, С.Р. Галич, Р.П. Никитенко

Мировые данные относительно стабильно высоких перинатальных потерь при тазовом предлежании плода (ТПП) и существенного увеличения количества случаев кесарева сечения (70–100%) стали основой для поиска принципиально новых подходов в родоразрешении пациенток с ТПП.

**Цель исследования:** оценивание эффективности и обоснованности индивидуального планирования родов при ТПП.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ предварительного планирования способа родоразрешения 69 беременных с ТПП, которые были распределены на две группы. I – основная группа (ОГ; n=36), женщины с запланированными консервативными родами при ТПП; II – контрольная группа (КГ; n=33), женщины с запланированным кесаревым сечением при ТПП.

**Результаты.** Завершение беременности большинства пациенток в обеих группах произошло запланированным способом:

Такое усложнение, как аспирация навколоплідною рідиною, виявлено у новонароджених ОГ – 2 (5,55%) випадки. Дане усложнение виникло на тлі асфіксії під час пологів та проявлялося в подальшому синдромом дихальних розладів – 2 (5,55%). Утім, у КГ зазначене усложнение не спостерігалося в жодному випадку.

Гіпоксичні крововиливи у шлуночки мозку, які не діагностували у КГ, але виявляли серед малюків ОГ – 1 (2,8%) випадок, у свою чергу, можуть свідчити про тривалу гіпоксію та небездоганне виконання лікарем родопомічних маніпуляцій під час пологів у разі ТПП.

Такі несприятливі показники перинатальної захворюваності, як гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку, можуть бути наслідком інтранатальної гіпоксії внутрішньо-утробного плода різного ступеня тяжкості. При цьому новонароджені ОГ демонстрували більш тяжкий перебіг усложнення: середню та тяжку форми діагностовано у 3 (8,3%) випадках. А серед малюків КГ зазначене усложнение мало виключно легкий ступінь перебігу – 1 (3,03%) випадок.

Потреба в інтенсивному лікуванні виникла лише у малюків ОГ, яким надавали ручну лікарську допомогу під час народження, – 4 (11,1%) випадки.

### ВИСНОВКИ

1. Представлені дані свідчать, що у плануванні пологів у разі тазового передлежання плода (ТПП) одним з провідних чинників є анамнез вагітної. Такі фактори, як: першороділлія, безплідність, вроджені аномалії статевої системи, попередні оперативні втручання на матці та використання допоміжних репродуктивних технологій у настанні вагітності, наперед визначають оперативний спосіб розродження таких пацієнток. Тоді як наявність абортів та пологів в анамнезі є підґрунтям для впевненого обрання вагітними спроби здійснення консервативних пологів.

2. Попереднє планування пологів у разі ТПП дає змогу жінці народити найкращим для неї способом, зменшуючи небезпечні материнські та перинатальні ризики під час та після пологів. Такий підхід збільшує ймовірність успішності консервативних пологів та зменшує кількість ургентних кесаревих розтинів із притаманним їм більш високим ризиком усложнень.

3. Перинатальні усложнення у малюків ОГ, яким надавали ручну допомогу під час консервативного розродження при ТПП, свідчать про відсутність стійких вмій та високопрофесійних навичок у сучасних акушерів-гінекологів. Зазначене потребує відпрацювання та вдосконалення родопомічних маніпуляцій, що дозволить надавати високоефективну та кваліфіковану допомогу у відповідних ситуаціях.

ОГ – 27 (75%); КГ – 29 (87,8%). Пациентки ОГ рожали в коліно-локтевой позиции – 11 (40,7%) случаев и с помощью метода Цовьянова – 16 (59,3%) случаев. А случаи родоразрешения путем кесарева сечения (9 – 25%) в ОГ были преимущественно I категории ургентности – 5 (55,5%). Потребность в ургентном кесаревом сечении в КГ возникла почти в два раза меньше – 4 (12,2%), и большинство случаев – 3 (75%) были III категории ургентности. Среди детей ОГ, которым оказывали ручную помощь при рождении, перинатальные осложнения наблюдались чаще: родовая травма – 8 (22,2%), асфиксия – 3 (8,3%), аспирация – 2 (5,55%), гипоксически-ишемическое поражение головного мозга – 3 (8,3%) случая.

**Заключення.** Представленные данные свидетельствуют об отсутствии высокопрофессиональных навыков, требующих тщательной отработки и совершенствования родовспомогательных манипуляций акушерами-гинекологами.

**Ключевые слова:** тазовое предлежание плода, консервативные роды, кесарево сечение, перинатальные исходы.

**Delivery planning: a contemporary approach to breech presentation in obstetrics**

**O.M. Kalanzhova, S.R. Galych, R.P. Nikitenko**

The world data on stable perinatal losses in breech presentation and a significant increase in the number of cesarean deliveries (70–80%) have led to a search for fundamentally new approaches to breech deliveries.

**The objective:** the aim of the research is to evaluate the effectiveness and the validity of individual delivery planning for breech presentations.

**Materials and methods.** Pregnant patients were divided into two groups: 1) the main group (MG) (n=36) which included women with planned conservative deliveries for breech presentations; 2) the control group (CG) (n=33) which included women with planned cesarean deliveries for breech presentations.

**Results.** Pregnancy completion in the majority of patients from both groups occurred in the planned way: MG – 27 (75%), CG – 29 (87,8%).

The MG patients gave birth in the all-fours position – 11 (40,7%) and with the help of the Tsoyanov method – 16 (53,9%). There were 9 (25%) cases of cesarean deliveries in the CG which were mainly classified as the 1st urgency category – 5 (55,5%). The need for urgent cesarean section in the CG occurred in half as many cases – 4 (12,2%) and most cases – 3 (75%) – had the 3rd urgency category. Perinatal complications were more common among the children from the CG who had received manual help at birth: birth trauma – 8 (22,2%), asphyxia – 3 (8,3%), aspiration – 2 (5,55%), hypoxic-ischemic brain damage – 3 (8,3%).

**Conclusion.** The presented data indicate the lack of highly professional skills which require thorough execution and improvement of obstetrical manipulations by obstetricians and gynecologists.

**Key words:** breech position, conservative delivery, cesarean section, perinatal outcomes.

**Сведения об авторах**

**Каланжова Ольга Михайловна** – Одесский национальный медицинский университет, 65082, г. Одесса, Валиховский переулок, 2; тел.: (096) 763-19-24. *E-mail:* omkalanzhova@gmail.com

**Галич Светлана Родионовна** – Родильный дом № 1, 65036, г. Одесса, переулок Слепнева, 3; тел.: (067) 484-31-49. *E-mail:* svetgal55555@ukr.net

**Никитенко Раиса Петровна** – Кафедра хирургии Одесского национального медицинского университета, 65082, Валиховский переулок, 2; тел.: (096) 236-33-03. *E-mail:* nikitlenkoraja@rambler.ru

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Турсунова Г.А. Влияние новых технологий на исходы родов и состояние здоровья новорожденных, родившихся в тазовом предлежании / Г.А. Турсунова, З.М. Ахтамова, Х.С. Некбаев // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2012. – Т. 12, № 1. – С. 34–37.
2. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2011 р. № 977 // Репродуктивна ендокринологія. – 2012. – № 2 (4). – С. 18–33.
3. Management of breech presentation at term: a retrospective cohort study of 10 years of experience / J. Burgos, L. Rodríguez, P. Cobos [et al.] // Journal of Perinatology. – 2015. – Vol. 35, № 10. – P. 803–808.
4. Влияние течения беременности и родов на состояние здоровья новорожденного ребенка / Е.В. Подсвинова, Т.А. Романова, М.М. Гурова [и др.] // Научные ведомости. – 2014. – Vol. 24, № 185. – P. 81–84.
5. Тазовое предлежание: перинатальные аспекты / Ю.В. Давыдова, И.В. Чибисова, Т.Ю. Бабич, Л.И. Падалко // Жіночий лікар. – 2013. – № 4. – С. 27–30.
6. Common determinants of breech presentation at birth in singletons: a population-based study / H. Cammu, N. Dony, G. Martens, R. Colman // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive. – 2014. – Vol. 177. – P. 106–109.
7. Delivery of breech presentation at term gestation in Canada, 2003–2011 / J. Lyons, T. Pressey, S. Bartholomew [et al.] // Obstetrics & Gynecology. – 2015. – Vol. 125, № 5. – P. 115–161.
8. Lessons to be learnt in managing the breech presentation at term: an 11-year single-centre retrospective study / F.A. Borbolla, A. Bagust, A. Bisits [et al.] // Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2014. – Vol. 54, № 4. – P. 333–339.
9. Никулин Л.А. Влияние различных способов родоразрешения при тазовом предлежании плода на течение периода ранней адаптации новорожденных и в ближайшем анамнезе / Л.А. Никулин, М.А. Литвинская, А.В. Поморцев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2008. – № 3/4. – С. 120–125.

Статья поступила в редакцию 06.03.2018