

Subject: External CephalicVersion
Date: Wednesday, May 7, 2003 11:10 PM
From: Olga Randolph <orandolph@ameritech.net>
To: Edward Brown <erb@cwru.edu>

Наружный Акушерский Поворот на Головку(У Плода)

Автор: ЛиРой Дёркер, Врач, Доктор Медицинских Наук

Частота ягодичного предлежания плода колеблется в пределах 3–4 % от общего числа одноплодных беременностей в срок. До недавнего времени, у женщин с ягодичным предлежанием плода в выборочных случаях проводилось естественное (вагинальное) родоразрешение. Проведенное потенциальное, многосложное, методом слепого выбора исследование ясно продемонстрировало взаимосвязь неврологических и физических патологий новорожденных с естественными родоразрешениями при тазовом предлежании плода. Число данных патологий могло бы быть снижено с помощью проведения кесарева сечения в плановом порядке. Данное проведенное исследование выявило методы выборов родовспоможения в акушерско-гинекологической практике. В этой связи, ведение естественных родов при одноплодной беременности с ягодичным предлежанием плода в последнее время стало применяться редко.

Наружный акушерский поворот головки применялся в США в течении последних 20 лет, и особенно широко и успешно в течении последних 10 лет. Данный метод включает в себя проведение определённых манипуляций в брюшной полости роженицы, состоящие из проведения движения, напоминающего кувырок назад или вперёд, с целью достижения головного предлежания плода. Наличие ультразвуковой диагностики значительно привело к широкому выявлению ягодичного предлежания плода до периода родов.

У каких же категорий рожениц применяют метод наружного акушерского поворота головки плода? В то время, когда ягодичное предлежание может быть диагностировано ранее как до 28 недель беременности с помощью

методов Леопольда, данное положение плода может быть относительно временным и самопроизвольно трансформироваться в позицию затылочного предлежания. Метод изменения положения тела плода в позицию головного предлежания, как правило, более успешен у недоношенных новорожденных; в общих случаях, это применяется как запасной метод при риске недоношенности (36 недели беременности или при сроке менее 36 недель). Ягодичное предлежание у недоношенного плода чаще трансформируется в затылочное предлежание. Осложнения при проведении процедуры наружного поворота на головку недоношенного плода иногда могут привести к таким результатам как срочные роды, вследствие активного вмешательства и повторные попытки необходимы, если недоношенный плод возвратился в исходное (ягодичное) предлежание.

В отношении женщин, у которых в анамнезе уже есть кесарево сечение при предыдущих родах. Информация по этому поводу ограничена. При проведенном клиническом изучении небольшой группы пациенток с предыдущим кесаревым сечением были отмечены сравнительно успешные показатели после применения метода наружного поворота на головку без расхождения маточного шва. К сожалению, объём информации настолько невелик для того, чтобы применять данный метод, исключая высокую опасность расхождения шва или риск для плода. Более обширное исследование необходимо для подтверждения.

Что касается рожениц, у которых уже клинически начались срочные роды, отмечен небольшой процент успешно применённой версии наружного поворота на головку. В конкретном случае, мы успешно практиковали данный метод в начальном периоде родовой деятельности с отсутствием вероятных побочных эффектов у плода и на течение родов.

Возможный риск при проведении метода наружного акушерского поворота на головку

Отслойка плаценты

Стимуляция родов – преждевременные роды

Тугое обвитие или прижатие пуповины

Несколько случаев отслойки плаценты было отмечено у женщин, у которых применялся данный метод до родов. В большинстве случаев, данная патология возникла дистанционно несколько недель спустя после проведения метода.

Причина в этом случае чётко не установлена.

Наступление родов также не возникает только по причине попыток к проведению метода.

Брадикардия у плода обычно может возникнуть при проведении процедуры, но в дальнейшем может прекратиться после преостановления манипуляций. В редких случаях, признаки учащённого сердцебиения у плода могут наблюдаться в результате акушерского вмешательства, но, как правило, это нетипично.

Подытожив факты, можно с уверенностью подтвердить версию проведения метода при мониторинге (контролируемом) ведении родовой деятельности, когда возможны срочные показания к кесаревому сечению. Повышенный риск мёртворождённости у пациенток, которым была успешно или неуспешно применена манипуляция наружного поворота на головку, как правило нехарактерен. Возможно возникновение патологического кровотечения у матери и у плода в небольших пропорциях. Если пациентка является кандидатом для резус-иммуноглобулиновой терапии (мать – резус-отрицательная и отец – резус-положительный), то минимум за 72 часа до предположительного начала родовой деятельности рекомендуется назначение резус-иммуноглобулина, уменьшающий риск сенсбилизации у плода.

Преимуществами успешно проведённого наружного акушерского поворота на головку являются уменьшенный показатель частоты родов с помощью кесарева сечения по причине ягодичного предлежания плода. Результаты некоторых ранее проведённых исследований группы пациенток, у которых в начале проводилось естественное родоразрешение при наличии ягодичного предлежания плода, показали, что вероятность применения родовспоможения с помощью кесарева сечения выше, если роженицам не применялся метод наружного поворота на головку. Сегодня факт снижения числа родов с помощью кесарева сечения ясно очевиден. В то же время, когда национальный (по всей стране) показатель частоты кесаревых сечений при успешном проведении известного нам акушерского метода ещё значительно не снижен, пациентки имеют показания к успешному ведению родов через естественные родовые

пути в случае использования манипуляции наружного поворота на головку.

По данным различных исследований показатель эффективности данного метода варьирует от 35% до 86%. Средний показатель эффективности составляет 58%. Результаты показали, что до 36 недель беременности процент успеха в применении данного метода выше, но не исключена вероятность возвращения положения тела плода в предыдущую ягодичную позицию. Большинство исследований показали, что повторнородящие беременные имеют больше шансов на удачное проведение манипуляции, чем первородящие. Это очевидно, что повторнородящие имеют более расслабленную мышечную структуру живота и растянутость брюшной стенки. Важно отметить, что проведение наружного поворота на головку при поперечном или косом положении плода в матке более успешно, чем при ягодичном предлежании. Количество амниотической жидкости может служить важным прогностическим фактором. Высокий избыточный вес матери рассматривалось как негативное препятствие в успешном проведении метода, хотя некоторые исследования показали незначительность данного предположения. Расположение плода в матке - возможно существенный фактор, но это определённо связано с наличием или количеством родов в анамнезе. Уровень стояния предлежащей части плода ниже у некоторых первородящих пациенток. Плацентарная локализация - несущественный фактор при проведения манипуляции.

Применение препаратов снижающие родовую деятельность с целью расслабления тонуса матки во время проведения наружного поворота головки изучалось на протяжении многих лет и привело к конфликтным результатам. Исследования показали, что назначение препарата ритодрин показало хорошие результаты, особенно у первородящих. Гексопреналин показал аналогичный клинический эффект, сходный с действием ритодрина. Результаты недавних исследований продемонстрировали успешное применение тербуталина, 0,25 мг подкожно, перед началом проведения наружного акушерского поворота головки. Мы обычно назначаем тербуталин с целью релаксации матки, особенно у первородящих женщин.

Применение эпидуральной анестезии было включено в одно из

исследований с целью улучшения показателей эффективности метода наружного поворота головки. В итоге, мы пришли к общему мнению, что проведение эпидуральной анестезии в данном случае – спорный вопрос. К тому же, с экономической точки зрения – это очень дорогая процедура. По этой причине, мы рекомендуем кесарево сечение при наличии показаний во время проведения наружного поворота на головку при ягодичном предлжании плода.

Методика проведения

Выбор показаний к проведению данного метода осуществляется с помощью техники Леопольда и внутреннего акушерского исследования. Риск и эффективность процедуры должны быть чётко разъяснены пациенткам. Противопоказаниями являются предлежащая плацента и предыдущий классический рубец (шов) на матке. Предыдущие низлежащие поперечные маточные швы также могут представлять риск. Процедура обычно планируется у пациенток натошак.

Проведение манипуляции начинается с момента начала родов и в течении регулярной родовой деятельности. Ультразвуковая диагностика необходима с целью идентификации положения предлежащей части плода. Специальные тесты, такие как реактивный безстрессовый тест, проводятся с целью контроля статуса плода который заключается в контролировании сердцебиения у плода до процедуры и после. Мы обычно вводим 0,25 мг подкожно за несколько минут до начала проведения процедуры. Один или два медицинских компетентных персонала участвуют в проведении манипуляции.

Предлежащая часть плода(ягодицы) после прорезывания захватывается и приподнимается в то время, когда головка обращена в полость малого таза, и в этот момент производят движение, имитирующее кувырок вперёд (в дальнейшем, данная процедура будет демонстрироваться на видео). Тщательно контролируют состояние плода путём выслушивания его сердцебиения. Если проведение данного приёма безуспешно, то производят движение, имитирующее кувырок назад. Манипуляция должна быть временно приостановлена в случае возникновения тяжёлых болей и брадикардии плода, связанных с проведением процедуры. Сердечный ритм

у плода обычно нормализуется после приостановления процедуры. В том случае, когда брадикардия плода всё ещё продолжает наблюдаться, плод возвращают в исходную позицию. В редких случаях, применение кесарева сечения предусмотрено, когда состояние сердцебиения плода не улучшается. Если последующие попытки проведения данного метода после кратковременного перерыва безуспешны, то манипуляцию полностью прекращают. Мониторинг (контролируемое наблюдение) у плода проводится во время и после процедуры, независимо от того насколько успешным казался данный метод. Как было отмечено ранее, резус-отрицательные пациентки должны получить резус-иммуноглобулин как минимум за 72 часа до предполагаемых родов.

Благоразумно проводить время от времени мониторинг у плода (1–2 раза в неделю), если запланирована отсрочка даты родов по каким-либо причинам. По исследовательским данным, обычно не существует показаний к стимуляции родовой деятельности после удачно проведённого наружного поворота на головку у плода.