ПРОФИЛАКТИКА НА СЕДАЛИЩНОТО РАЖДАНЕ

П. Петров

Акушеро-гинекологично отделение, МБАЛ „Св. Мина" – Пловдив

Резюме. *Седалищните предлежания са доста по-често срещани при по-ниска гестационна възраст на плода. Това определя запазването на бременността до оптималния ѝ термин като приоритетна задача в поведението ни спрямо всички бременни със седалищно предлежание. Външното верзио е основен метод при профлактиката на седалищното раждане, то може да спести на родилката евентуално цезарово сечение и всички възможни рискове от тази коремна операция, но въпреки че е неинвазивен метод, то също крие своите рискове и опасности за плода, с които трябва да сме наясно, преди да се заемем с прилагането му.*

Ключови думи: *гестационна възраст, профилактика, седалищно раждане, външното верзио – метод*

P. Petrov. *PREVENTION OF BREECH DELIVERY*

Summary: *Breech deliveries are much more common at lower gestational age. This makes the preservation of pregnancy to its optimal term a priority task in our behavior to all pregnant women with breech presentation. External version is the main method of breech delivery prevention; it may save an eventual Cesarean section and all accompanying risks. Although non-invasive, this method might also be dangerous for the fetus, which should be taken into consideration before getting to its implementation.*

Key words: *gestational age, prevention, breech delivery, external version – method*

Откриването на седалищно предлежание (СП) преди термин далеч не означава предстоящо седалищно раждане. Седалищните предлежания са доста по-често срещани при по-ниска гестационна възраст на плода. Нарастването на срока на бременността води до значително намаляване честотата на проблема. По-голямата част от плодовете, установили се първоначално в седалищно предлежание, с наближаването на термина претърпяват спонтанно обръщане и заемат главично предлежание.

Според Sheer и сътр. от 33,3% седалищни предлежания, установени между 21-ва и 24-та гестационна седмица (г.с.), към термин такива остават само 6,7%. Изследвания на други автори също откриват подобна тенденция. Затова първата задача при бременните с плод в седалищно предлежание е именно запазването на бременността до датата на вероятния термин. Така, от една страна, се увеличават многократно шансовете на плода да заеме нормално главично предлежание, а от друга, се повишават възможностите на плода да понесе евентуално седалищно раждане и да се адаптира по-добре в новите условия след раждането.

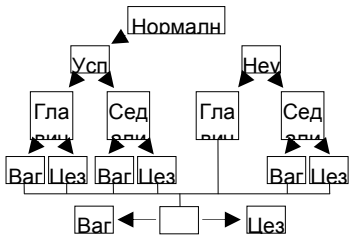
Поведението при бременностите със СП не се отличава значително от това при бременност с главично предлежание. Съществуващите различия са свързани основно с методите, прилагани при седалищно предлежание, целящи обръщането на плода.

ВЪНШНА ВЕРЗИЯ

Засега няма единно мнение по въпроса, трябва ли да се прави външна верзия при седалищно предлежание. Такъв консенсус не е съществувал никога, дори и допреди тридесет-четиридесет години, когато методът е бил доста по-широко прилаган. Днес повечето акушерски школи имат свое собствено мнение по въпроса.

Външното обръщане, макар и неинвазивен метод, крие рискове и опасности за плода, с които трябва да сме наясно, преди да се заемем с прилагането му. От друга страна, успешното прилагане на метода би спестило вероятното цезарово сечение и всичките възможни рискове от тази коремна операция.

Според различни автори успеваемостта на метода варира в рамките на 30-90% (фиг. 1).



Фиг. 1. Резултати от прилагане на ВВ на 1339 жени (Zhang и сътр., 1993)

Независимо от това дали адмирираме, или отхвърляме метода, трябва да сме добре запознати с неговите преимущества, недостатъци, противопоказания, с възможните усложнения, както и с условията за извършването му.

Предимства на метода

Основното преимущество на външната версия (ВВ) е предотвратяването на евентуално седалищно раждане, респ. цезарово сечение, и всичките произтичащи от тях възможни усложнения. Друго преимущество е това, че методът е неинвазивен и не се нуждае от допълнително оборудване или събиране на екип.

От финансова гледна точка приложението на ВВ би спестило значителни разходи.

Недостатъци на метода

Недостатъците на метода са свързани главно с възможните усложнения, които биха възникнали. Съществен недостатък е и възможното спонтанно ревертиране на плода, т.е. връщането му отново в седалищно предлежание, което не е много рядко.

Прилагането на успешно ВВ в никакъв случай не гарантира установяването на плода в най-благоприятното главично предлежание – тилното. Твърде често е възможно и заемането на дефлексионни предлежания, които биха били не по-малък проблем и в крайна сметка отново могат да доведат до необходимостта от цезарово сечение.

Условия за прилагане на метода

За успешния изход от прилагането на метода трябва да се съобразим със следните условия:

1. *Жив плод* – в противен случай всичките усилия са безсмислени, тъй като основната идея при прилагането на метода е избягването на травмиращи манипулации с цел максималното съхранение на детето.

2. *Запазеният околоплоден мехур и нормалното количество на околоплодните води* гарантират по-лесното прилагане на метода и по-нисък риск от възникване на евентуални усложнения.

3. *Срокът на бременността има съществено значение.* Преди широкото навлизане на токолитиците в акушерската практика като нормален срок за извършване на ВВ се е приемала 34-ата–36-ата г.с. Днес обаче повечето автори, предлагащи метода, са на мнение, че външно вързио е най-добре да бъде осъществявано малко преди или на самия термин. По-ранното прилагане на метода е полесно изпълнимо и по-щадящо за плода, но никога не може да сме сигурни дали (ако се въздържим от ВВ) плодът не би се преобърнал и сам през оставащите 4-6 седмици до термина, което е твърде вероятно с оглед на цитираните вече изследвания. По-голямата отдалеченост от термин предполага и по-висок риск от спонтанно ревертиране. Друго преимущество на по-късното прилагане на метода е по-високата белодробна зрялост на плода към термин, която може да бъде абсолютно необходима, в случай че верзиото се окаже неуспешно и се наложи спешно преминаване към цезарово сечение.

Нашето мнение е, че най-удачното време за извършването на ВВ е малко преди термин.

4. Пелвео-фетална съвместимост. При пелвео-фетална диспропорция раждането най-вероятно няма да бъде водено per vias naturalis, затова извършването на ВВ би било съвсем безсмислено.

За нормалното съотношение между плода и ширината на родовите пътища не са достатъчни само нормални размери на таза. Големината на плода е не по-малко важна. Големите размери на детето значително биха затруднили извършването на верзиото.

При плод с малки размери и таз с първа степен стеснение е възможно да бъде направен компромис.

5. Релаксирани коремна стена и матка. Релаксацията на коремната стена и матката е абсолютно необходима за нормалното осъществяване на метода, в противен случай започването на операцията е безсмислено и дори опасно за плода.

6. Нормална флексия на главата на плода. Всички опити за верзио при дефлексия (и особено хиперекстензия) на главата могат да доведат до сериозни последици за плода. Недобрата флексия на детската глава е и едно от показанията за цезарово сечение, което напълно обезсмисля прилагането на ВВ.

7. Липса на допълнителна патология, предизвикваща седалищното предлежание на плода. Ако СП е предизвикано от миома, малформация или друга патология на матката и е възникнало като отговор на патологично променената форма на маточната кухина, обръщането би било трудно, опасно и нетрайно.

8. Възможност за оперативно завършване на раждането. Често пъти в хода на ВВ се налага то да бъде преустановено и раждането да завърши със спешно цезарово сечение. Затова оперативната готовност при прилагането на метода е абсолютно необходима.

9. Възможност за ултразвуков преглед преди започването на манипулацията.

Противопоказания за извършване на ВВ

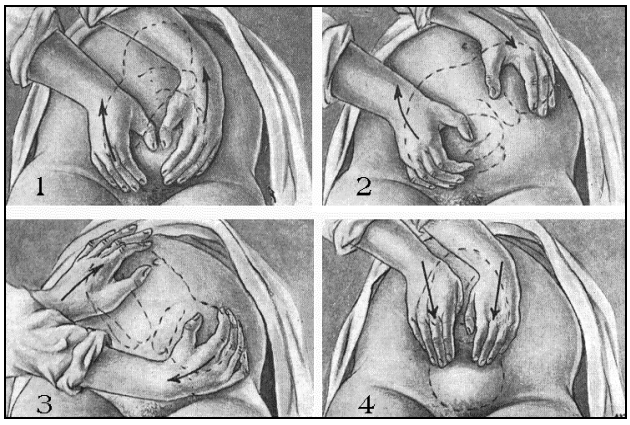
Извършването на ВВ е противопоказано в следните случаи:

1. *Липса на* гореспоменатите условия за извършването му.
2. *Предлежаща плацента*, включително и случаите с нископрикрепена такава.
3. Патология, свързана с *кръвотечения през настоящата бременност.*
4. *Многоплодна бременност.*
5. *Индикации за спешно завършване на раждането* от страна на плода или майката.
6. *Майка с резус фактор отрицателен.*
7. *Polihydramnion.*
8. *Olygohydramnion.*
9. *Предишни раждания, завършили със спонтанни аборти.*
10. *Прееклампсия и еклампсия.*
11. *Сърдечна недостатъчност на бременната – III и IV степен.*
12. *Множествени миомни възли (или един, но голям) на матката.*
13. *Матка с вродени аномалии.*
14. *Матка с цикатрикси.*

Техника на ВВ на плода

Подготовката на жената за ВВ включва изпразването на пикочния мехур и ректума, след което бременната се поставя в легнало положение на твърда кушетка с леко свити крака и тяло, наклонено наляво под ъгъл от 15˚. Прави ù се венозна инфузия с токолитик от групата на бета-миметиците (партусистен, ритодрин, тербуталин, фенотерол и др), целяща релаксация на маточната мускулатура. (Аз лично предпочитам даването на партусистен в доза 5 μg/min за 10 min, но не отричам правото на всеки специалист да прилага своя собствена доказана схема).

Лекарят застава отдясно на жената с лице към нея и с дясната си ръка обхваща седалището на плода, лявата му ръка се поставя върху главата на детето. Първото движение е леко „повдигане" на седалището, целящо да провери до каква степен то е подвижно (фиг. 2). След това ръката, която е поставена върху седалището, започва внимателно да го избутва в посока на гърба. В същото време другата ръка бавно предвижва главата по посока на корема на детето. Описаните движения продължават, докато главата се установи над входа на таза, а седалището – в маточното дъно. Съветът ми е това да става посредством едно цялостно непрекъснато (макар и бавно) движение, вместо постепенно въртене на детето на тласъци. По време на верзията плодът описва движение подобно на физкултурното „кълбо напред", запомняйки това, изключваме възможността да объркаме правилната посока на въртенето му. Опитите за въртене на плода в противоположна посока крият опасност от дефлектиране на главата му.



Фиг. 2. Външна ротация на плода (Leon, 1952)

След завършването на верзията двете ръце на лекаря продължават да държат плода в новоустановеното главично предлежание, докато акушер-гинекологът се увери, че то е трайно установено.

Продължителността на опита за завъртане на плода не трябва да надхвърля 5 min. При неуспешен първи опит може да бъде направен още само един, и то не по-рано от 5 min след приключването на първия.

През време на провеждане на верзията трябва да бъдем наясно с честотата на детските сърдечни тонове. Спадането им е категорична индикация за временно преустановяване на опитите.

Възможни усложнения

Едно от най-честите и сериозни усложнения, което би могло да възникне вследствие на ВВ, е преждевременното отлепяне на плацентата и кръвотечението. Това най-често е резултат от прикрепянето ù на място, различно от маточното дъно, което не е било установено при изследването.

Друго възможно усложнение е установяването на плода в дефлексионно главично предлежание. Така отиваме от един акушерски проблем към друг и всичките положени усилия се обезсмислят.

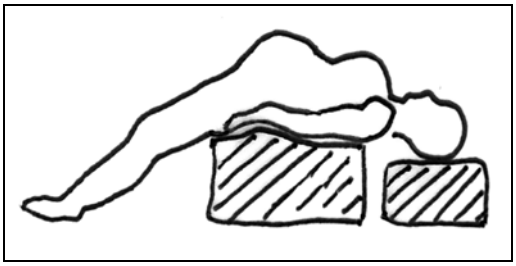
„Избутването" на пъпната връв пред предлежащата част е не по-малко значимо усложнение, което трябва да се има предвид, когато се прави преценката полза–риск.

При по-груба намеса (а понякога и при съвсем нормална) е възможно и спукването на околоплодния мехур.

ИНДИЙСКИ МЕТОД ЗА ПРОФИЛАКТИЧНА ВЕРЗИЯ

Същността на метода се състои в поставяне на жената в колянно-лакетно положение в продължение на половин час. Това се прави всеки ден до обръщането на плода в главично предлежание.

През 1987 г. P. Bung и сътр. модифицират в известна степен метода и предлагат следното: жената ляга по гръб с повдигнат таз и крака, сключващи ъгъл 30˚ с пода, под седалището за удобство се поставят възглавници или ниска табуретка. Чрез тази промяна на положението авторите целят по-добрата релаксация на коремната мусклатура (фиг. 3). Според тях най-доброто време за осъществяване на метода е между 30-а и 35-а г.с. Прилагането му трябва да става два пъти на ден в продължение на 15 min.



Фиг. 3. Индийски мост

Според същите автори методът има успеваемост при 70% от случаите. От прилагането му на тридесет жени при двадесет и една от тях плодът е преминавал „спонтанно" в главично предлежание.

Според Crowley и сътр. успеваемостта на метода е 65%. Тези и други подобни резултати и липсата на какъвто и да било риск от метода ни дават право с чиста съвест да прилагаме и препоръчаме приложението на този метод.

ДРУГИ МЕТОДИ

Съществуват още много и разнообразни методи, целящи обръщането на плода от седалищно в главично предлежание. Някои от тях са от сферата на т.нар. народна медицина или се основават на действието на различни билки, други се базират на механично повлияване върху плода вследствие на определени движения или положения на тялото. Трети са свързани с акупунктура и подобни методи от източната медицина. Ние сме далеч от мисълта да отречем всички тях с лека ръка, но за да бъдат наречени научнодостоверни, те трябва да се базират на сериозни научни проучвания, каквито за момента за съжаление липсват за по-голямата част от тях. Това е и причината да не се спираме подробно на тази група методи в настоящата разработка. За тези методи можем да кажем само, че поне липсват данни да са увредили на някого, така че както не бихме обещавали на жените чудеса от тях, така и няма да ги спрем да ги изпробват.

Библиография

1. Кацулов, Ат. Клинично акушерство, ВЕНЕЛ, С.,1998.
2. Лазаров, Л. Седалищно раждане, Стара Загора, 2002.
3. Ламбрев, Л. и И. Щъркалев. Акушерство, С., Мед. и физк., 1966.
4. Хаджиев, А., Ал. Яръков и Н. Василев. Акушерство. МИ-Арсо, С., 1998.
5. Abstracts of the 25th Annual Meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine. February 7-12, 2005, Reno, Nevada, USA. – Am. J. Obstet. Gynecol., **191**, 2004 Dec., Suppl. 6, S169.
6. Ballas, S. et R. Toaff. Hyperextension of the fetal head in breech presentation: radiological evaluation and significance. – Br. J. Obstet. Gynaecol., **83**, 1976, № 3, 201-204.
7. Banks, Maggie. Breech Birth Woman Wise. Birthspirit Books, 1998.
8. Boutron, I. et al. Please don't throw the baby out with the bathwater. 17 Nov. 2004. bmj.com.
9. Burke, M. F., E. M. Curry et J. M. King. Fetal axillary lymphangioma complicating breech delivery. – Br. J. Obstet. Gynaecol., **82**, 1975 Jul, № 7, 585-587.
10. Croughan-Minihane, M. S. et al. Morbidity among breech infants according to method of delivery. – Obstet. Gynecol., **75**, 1990, 821-825.
11. Cunningham, F. G. et al. Abnormal presentation, position and development of the fetus in Williams Obstetrics 20a. Ed. Appleton & Lange, Connecticut, p. 435, 1997.
12. Cybils, L. A. Point/Couterpoint: II. Management of a full-term fetus presenting by the breech. – Obstet. Gynecol. Surv., **50**, 1995, 762.
13. Danielian, P. J. et M. H. Wang. Hall, Long term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: population based follow up BMJ, **312**, 1996, 1451-1453.
14. Deering, S. et al. Simulation training and resident performance of singleton vaginal breech delivery. – Obstetrics & Gynecology, **107**, 2006, № 1, 86-89.
15. DeLee, J. B. Anomalies of the passengers The principles and practice of obstetrics. 7a. Ed. W. B. Sauders Company, Philadelphia, p. 690, 1940.
16. Donnai, P. et A. D. Nicholas. Epidural analgesia, fetal monitoring and the condition of the baby at birth with breech presentation. – Br. J. Obstet. Gynaecol., **82**, 1975 May, № 5, 360-365.
17. Escamilla, J. O. Breech delivery of the second twin. – Am. J. Obstet. Gynecol., **175**, 1996 Sep., 3 Pt 1, 750-751.
18. Escamilla, J. O. Breech delivery protocol. – Am. J. Obstet. Gynecol., **178**, 1998, № 5, 1104.
19. Graves, W. K. Breech delivery in twenty years of practice. – Am. J. Obstet. Gynecol., **137**, 1980, 229-234.
20. Green, J. E., F. McLean et L. P. Smith. Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced in incidence of birth asphyxia, trauma, and death? – Am. J. Obstet. Gynecol., **142**, 1982, (6 Pt 1), 643-648.
21. Hall, H. Hyperextension of the head in breech presentation, bjog; two cases followed by normal delivery. – J. Obstet. Gynaecol. Br. Emp., **59**, 1952, № 2, 244-245.
22. Herbst, A et K. Källén Influence of mode of delivery on neonatal mortality in the second twin, at and before term. – BJOG, **115,** 2008 Nov., № 12, 1512-1517.
23. Kok, M. et al.. Which factors play a role in clinical decision-making in external cephalic version? – Acta Obstet. Gynecol. Scand., **87**, 2008, № 1, 31-35.
24. Kotaska, A. Inappropriate use of randomised trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. – BMJ, **329**, 2004 Oct. 30, № 7473, 1039-1042.
25. Mehl, L. E. Hypnosis and conversion of the breech to the vertex presentation. – Arch. Family Med., **3**, 1994, № 10, 881-887.
26. Nordtveit, T. I. et al. Maternal and paternal contribution to intergenerational recurrence of breech delivery: population based cohort study. – BMJ, **336**, 2008 Apr 19, № 7649, 872-876.
27. Oian, P. et al. Breech delivery: an obstetrical analysis. – Acta Obstet. Gynecol. Scand., **67**, 1988, 75-79.
28. Plentl, A. A. et R. E. Stone. The Bracht maneuver. – Obstet. Gynecol. Surv., **8**, 1953, 313-325.
29. Raio, L. et al. Perinatal outcome of breech delivery at term: an epidemiologic study. – Am. J. Obstet. Gynecol., **184**, 2001, № 1, S59.
30. Ranney, B. The gentle art of external cephalic version. – Am. J. Obstet. Gynecol., **116**, 1973, 239-251.
31. Riethmuller, D. La grande extraction du siège. A propos d'un triptyque bisontin sur 10 années d'activité. – Th. Méd. Besançon, 1996, 31.
32. Rovinsky, J. J. et al. Management of breech presentation at term. – Am. J. Obstet. Gynecol., **115**, 1973, 497.
33. Sandberg, E. C. The Zavanelli maneuver extended: progression of a revolutionary concept. – Am. J. Obstet. Gynecol., **158**, 1988, 1347.
34. Wiklund, I. et al. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. – BJOG, **115**, 2008 Feb, № 3, 324-331.

35. Z h a n g, J. et al. Efficacy of external cephalic version: a review. – Obstet. Gynecol., **82**, 1993, № 2, 306-312.

Адрес за кореспонденция:
Д-р Петър Христов Петров, дм
МБАЛ "Св. Мина"
ул. "Весела" № 5
Пловдив
0898809490; 0878580908

Постъпила – 29.05.2009 г.

ОФЕРТИ ЗА РЕКЛАМНО УЧАСТИЕ В ИЗДАНИЯТА НА ЦМБ:

1. Отпечатване на многоцветна рекламна страница:
- на корица – 600 лв.;
- в книжното тяло – 480 лв.

2. Отпечатване на черно-бяла реклама и/или текст за 1 страница – 120 лв.

3. Разпространение на готова вложка със списание – 0.50 лв./брой.

4. Отпечатване на черно-бяло рекламно каре 10/17 cm – 60 лв.

При отпечатване на повече от една реклама се правят отстъпки по договаряне.

По желание на рекламодателя многоцветните реклами могат да бъдат придружени от безплатно отпечатване на 1 страница текст след съгласуване на съдържанието му с редколегията.

Всеки рекламодател получава книжки от списанието.