

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЗИ В ПРОЦЕССЕ РОДОВОГО АКТА

Игорь Лахно

Классическое акушерство базируется на четких представлениях о готовности организма женщины к родам, определении локализации предлежащей части в малом тазу и всестороннем понимании биомеханизма родового акта. Акушерские школы, использующие подходы *William Smellie* или Иосифа Жорданиа, подразумевают подготовку будущего врача на фантоме, а затем и в клинических условиях.

Наружные приемы и влагалищное исследование – источники основной информации, которую акушер-гинеколог способен воспринимать и анализировать только при наличии достаточного уровня мануальных навыков. Тем не менее, по данным целого ряда исследований, неточности или грубые ошибки в оценке акушерской ситуации совершают как учащиеся резидентуры, так и врачи с большим стажем работы [1, 2, 6, 8–10]. Это касается как определения длины влагалищной части шейки матки и ее расположения по отношению к проводной оси таза, так и определения основных ориентиров на головке плода – швов и родничков.

Выявленные проблемы очень важны, поскольку не позволяют точно определить время для индукции родов, правильно трактовать их динамику, что повышает процент кесаревых сечений [11, 14]. Наличие родовой опухоли усложняет пальпацию предлежащей части, часто дезориентируя врача в отношении предлежащего, локализации предлежащей части в малом тазу, а также момента биомеханизма родов. Среди возможных путей решения проблемы особое место занимает использование ультразвуковых методов диагностики.

Еще в 1976 году *Friedman & Sachtleben* описали наличие зависимости между высоким расположением предлежащей части и затяжным течением родового акта [10]. Клиническая оценка локализации предлежащей части с помощью наружного обследования может быть затруднена. Это обстоятельство приводит к частым и необоснованным влагалищным исследованиям для подтверждения аномалий родового акта. В одном исследовании, в котором при-

няли участие 496 пациентки с одноплодной беременностью, было установлено, что пальцевое определение уровня расположения предлежащей части было неправильным в 166 случаях (33,5%). Данные влагалищного исследования полностью совпадали с ультразвуковыми в 163 наблюдениях [2]. В другом исследовании во II периоде родов при отсутствующем плодном пузыре и головном предлежании плода был зарегистрирован огромный процент ошибок (65%) в определении локализации предлежащей части по данным влагалищного исследования [4]. Поэтому с точки зрения сонологов, ультразвуковое исследование можно считать «золотым» стандартом или методом экспертной оценки расположения головки плода.

Еще в 1977 г. *Lewin et al.* предложили определять уровень расположения предлежащей части плода по отношению к верхушке копчика матери – уровень плоскости выхода малого таза [16]. В последующем были предложены различные методики проведения УЗИ через промежность [20]. Эта методика имеет целый ряд преимуществ перед трансабдоминальным и трансвагинальным УЗИ в родах.

Среди известных показателей определенной доверие сонологов завоевали расстояние между промежностью и головкой плода (ГПР) и угол прогрессии (УП). В одной работе было обследовано 137 пациенток, у которых УП был в среднем 153°. Изучение показателя отношения шансов позволило установить, что УП <153° приводит к увеличению общего уровня оперативных вмешательств в родах в 2,6 раза, а кесаревых сечений – в 6 раз [4].

Поэтому использование УП по данным УЗИ позволяет прогнозировать метод родоразрешения. Это дает возможность рассчитывать на определенные перспективы дальнейшего изучения и клинического использования ультрасонографического мониторинга родового акта [12, 20].

В данном обзоре будут рассмотрены рекомендации Международного общества ультразвука в акушерстве и гинекологии (ISUOG) [12]. Он отражает мнение врачей сонологов, но может быть основанием для внед-

рения ультразвуковой оценки течения родов. Приведенные ниже данные имеют отношение только к головному предлежанию плода.

Известно, что задний вид сопряжен с повышенным уровнем осложнений, что приводит к возрастанию частоты оперативного родоразрешения [2–4]. Ошибки в определении позиции и вида плода могут сопровождаться неудавшимися попытками наложения акушерских щипцов или вакуум-экстракции плода [5]. Это может приводить к травматизации плода. В нескольких исследованиях было показано, что уровень ошибок при определении расположения швов и родничков на предлежащей части плода необычайно высокий – 20–70% (уровень доказательности 1-) [7, 12, 15].

Клиническая оценка расположения швов и родничков при влагалищном исследовании менее эффективна по сравнению с ультразвуковым исследованием при низком поперечном стоянии стреловидного шва или заднем виде (уровень доказательности 2++) [2, 4].

Ошибки могут быть обусловлены наличием родовой опухоли или асинклитического вставления, что характерно для обструкционных родов. В некоторых исследованиях не установлено различий в качестве интерпретации данных влагалищного исследования между начинающими и опытными врачами (уровень доказательности 2+) [1–4].

Установлено превосходство изолированного или комбинированного с влагалищным исследованием определения внутреннего поворота головки плода по сравнению с изолированным использованием пальцевого исследования (уровень доказательности 1-) [7, 8, 13].

Субъективизм пальпаторной оценки расположения предлежащей части плода по данным влагалищного исследования был продемонстрирован *Dupuis et al.* (уровень доказательности 2+) [8, 9].

Были отмечены ошибки у 30% учащихся резидентуры и 34% акушеров-гинекологов. Наиболее часто ошибочным было определение расположения головки плода во входе в таз или в плоскости таза (88% у резидентов). Это негативно влияло на менеджмент родов. Объективизация положения предлежащей части плода возможна с помощью ультразвуко-

вого исследования (уровень доказательности 2+) [19, 21].

Повторное ультразвуковое исследование для оценки прогресса в продвижении предлежащей части плода является обоснованным и более объективным, чем влагалищное исследование [16, 17]. Это улучшает диагностику слабости родовой деятельности как в I, так и во II периоде родов (уровень доказательности 2+).

Ультразвуковая оценка предлежания плода является достоверной (уровень доказательности 2--) и позволяет диагностировать патологические варианты предлежания (уровень доказательности 3).

Расположение предлежащей части плода лучше всего оценивать при проведении чреспромежностного сканирования. УП – угол между осью таза и линией, проведенной от нижнего края лонного симфиза до проводной точки плода. Изучение УП позволяет оценивать продвижение предлежащей части плода (уровень доказательности 2+) [12].

Duckelmann et al. продемонстрировали простоту определения УП вне зависимости от опыта ультразвуковой диагностики специалиста (уровень доказательности 2+) [17–19]. По данным *Tutschek et al.*, расположение головки плода на тазовом дне соответствует УП 116° [20].

Изучение ГПР было впервые проведено *Esgebo et al.* [10]. Расположение датчика должно быть таким, чтобы ультразвуковые волны были перпендикулярными по отношению к головке плода. ГПР измеряют при фронтальном чреспромежностном сканировании как кратчайшее расстояние между проводной точкой плода и промежностью. Не установлено данных, что давление, производимое датчиком на промежность пациентки, может сопровождаться болевыми ощущениями. Поскольку ГПР не совпадает с проводной осью таза, то его не следует отождествлять с расположением головки плода от 0/5 до 5/5 [11]. *Tutschek et al.* обнаружили, что расположение головки 0/5 соответствует ГПР 33 мм, по данным *Kahrs et al.*, этот показатель на тазовом дне равен 35 мм [15, 20]. Это положение может быть ориентиром для проведения вакуум-экстракции плода.

Вышеизложенные данные позволяют сформулировать следующие показания к проведению УЗИ в родах: слабость родовой деятельности в I или II периоде родов, оценка расположения ориентиров на головке плода перед



наложением акушерских щипцов или вакуум-экстракцией плода, а также подтверждение аномальных предлежаний головки плода. В целом ряде работ показано, что изучение УП и ГПР способствует лучшей оценке клинической ситуации и прогнозированию метода родоразрешения (уровень доказательности 2+) [12, 18, 20].

При этом трансабдоминальное или чреспромежностное ультразвуковое сканирование может способствовать диагностике причины обструкционных родов в виде аномалий предлежания или вставления головки плода (уровень доказательности 3) [12, 19].

Во II периоде родов УЗИ позволяет оценить перспективы вагинальных родов при наличии слабости родовой сил (уровень доказательности 2+), а также четко определить условия для инструментальных пособий в родах (уровень доказательности 1--) [18].

При этом ультразвуковая визуализация способствует более точному наложению чашечки вакуум-экстрактора (уровень доказательности 1--).

УП может быть использован в качестве предиктора легкого проведения вакуум-экстракции плода при переднем виде затылочного предлежания. Значения УП более 120° в 90% случаев свидетельствуют об успехе вакуум-экстракции (уровень доказательности 2+).

По данным *Suerva et al.*, УП менее 138° был предиктором осложненного наложения акушерских щипцов (более трех тракций, неудавшаяся попытка, травматизация матери или плода) (уровень доказательности 2+).

При наличии ГПР менее 25 мм вакуум-экстракция плода будет быстрой и несложной (уровень доказательности 2+).

Также показательно, что значение ГПР более 35 мм значительно увеличивает риск кесарева сечения [12]. Применение УЗИ в родах способствует лучшей диагностике разгибательных предлежаний и асинклитизма (уровень доказательности 3) [3, 4].

Ультразвуковая оценка динамики родового акта пока используется очень редко. Акушеры-гинекологи следуют своим традициям. Некоторая информация, содержащаяся в данном обзоре, может быть воспринята как необъективная и оскорбительная. Тем не менее, она основана на данных исследований, проведенных врачами-сонологами. Когда-то очень давно Леонид Персианинов заставил акушеров-гинекологов учиться оперировать. Может быть, популярные ультразвуковые ассоциации (например, Nicolaides KN & Co) и их исследования заставят традиционных врачей изменить свои предпочтения.

В любом случае, технологии изменили и продолжают менять лицо современного акушерства. Для появления собственного мнения необходимо пробовать. «Если идешь в бассейн, то захвати удочку. Раз там есть вода, то может быть и рыба. Будь готов ее поймать», – мнение древнего философа Овида. Нет оснований, чтобы не использовать УЗИ в родах.

Повний перелік літератури на сайті Extempore.info

