

*Н. С. Луценко, І. С. Соколовська, К. В. Островський, В. Ю. Потєбня, І. О. Євтерева, О. Д. Мазур*  
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

## МЕТОДИКА ЛОВСЕТА ТА МОДИФІКОВАНА МЕТОДИКА ЛОВСЕТА ДЛЯ ВИВІЛЬНЕННЯ РУЧОК ПЛОДА ПРИ НАРОДЖЕННІ В СІДНИЧНОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ

Тактика ведення пологів в сідничному передлежанні в сучасному акушерстві не має єдиної точки зору та залежить від медичних, соціальних та демографічних факторів. Техніка виконання ручної допомоги при народженні є запорукою зниження кількості травматичних ускладнень.

**Ціль.** Порівняння впливу різних методів надання акушерської допомоги на стан плодів в ранньому неонатальному періоді.

**Матеріали та методи.** Надана акушерська допомога під час другого періоду пологів 36 жінкам за методикою Ловсета, 41 пацієнтці виконувалась модифікована методика Ловсета. Порівняння проводилось з 30 дітьми, народженими в головному передлежанні.

**Висновки.** Запропонована нами методика надання допомоги при народженні в сідничному передлежанні дозволяє знизити кількість ускладнень та скоротити час вивільнення плода. Окрім того, вона максимально наближена до фізіологічних пологів, що дозволяє знизити кількість перинатальних ускладнень.

**Ключові слова.** Плід, сідничне передлежання, метод Ловсета, ускладнення.

Тактика ведення пологів при сідничному передлежанні плода у сучасному акушерстві не має єдиної точки зору та залежить від медичних, соціальних, демографічних факторів [1, 2]. За даними О. М. Стрижакова (2012), на підставі комплексної оцінки стану плода та новонародженого, катанестичного спостереження дітей обґрунтовано необхідність розродження вагітних при тазовому передлежанні плода шляхом операції кесаревого розтину. Актуальним є впровадження програм, що включають сучасні досягнення з використанням рекомендацій ВООЗ, що сприяє зменшенню кількості оперативних втручань під час пологів та випадків травматизму й кровотеч [2, 3, 4]. Можливим резервом зниження частоти оперативного абдомінального розродження може бути ведення пологів природнім пологовим шляхом у породіль, які народжують вдруге, при вагітності без ускладнень, неповному сідничному передлежанні плода, масі плода 2500–3500 г, відсутності ознак гіпоксії плода. Виведення плечового поясу та голівки плода є найбільш ризикованим етапом допомоги при пологах при сідничному передлежанні через декілька причин, основною з яких є запрокидання ручок I–III ступеня [5, 6]. У зв'язку з цим, акушер повинен зводити ручки плода до виходу з пологового каналу. Дослідники вказують на те, що саме в цей період існує найбільша загроза перелому плеча, травми плечового нервового сплетіння з можливим розвитком плекситу, порушенням гемодинаміки в вертебробазиллярній системі плода [15, 6, 7, 8]. Тому правильно обрана тактика ручної допомоги при пологах є запорукою народження

дитини з відсутністю травматичних ушкоджень. Тому пошук ефективної допомоги для народження дитини при тазовому передлежанні, яка б максимально відповідала біомеханізму пологів та сприяла зниженню кількості травматичних пошкоджень плода, є актуальним завданням сучасного акушерства.

**Мета.** Порівняти вплив різних способів надання акушерської допомоги при пологах вагітним із сідничним передлежанням плода за даними стану новонароджених та перебігу у них раннього неонатального періоду.

### Матеріали та методи

Проведено порівняння методів звільнення плечового поясу плодів, які народжувалися в сідничному передлежанні, стану новонароджених та удосконалення надання допомоги при пологах вагітним із сідничним передлежанням для зниження пологового травматизму та асфіксії шляхом розробки модифікованого метода вивільнення плечиків та скорочення часу народження плода від пупкового кільця до народження дитини повністю.

Надана акушерська допомога під час другого періоду пологів 36 жінкам з сідничним передлежанням за методом Ловсета, 41 – із застосуванням модифікованої методики Ловсета. Порівняння проводилось з 30 новонародженими в головному передлежанні.

Техніка метода Ловсета здійснювалась наступним чином: тіло плода після народження до лопаток повинно двічі зробити обертовий механізм, тоб-

то обернутися на 180° «за» та «проти» годинникової стрілки до плечика, яке збирається народитися. Таким чином, заднє плечико буде в положенні нижче, ніж положення переднього. Перший етап виведення плечового поясу здійснюється таким чином. Тулуб плода після народження до лопаток знаходиться в поперечному або в одному з косих розмірів виходу з малого тазу, він охоплюється двома руками акушера. Якщо нижня ручка ліва, тоді тулуб плода повертається на 180° таким чином, щоб нижня ручка була переведена під лоно матері. Далі тулуб відводиться на 45° донизу і до лівого стегна жінки. Акушер вводить вказівний палець під лоно та виводить верхню ручку за ліктьовий згин. Другий етап: наступним маневром виводиться права ручка – акушер повертає тулуб плода проти годинникової стрілки на 180° підводячи праву ручку плода під лоно, тіло плода відводиться на 45° донизу і до правого стегна жінки, після чого ручка плода вказівним пальцем лікаря виводиться за ліктьовий згин. На завершальному етапі тіло плода переводиться в поперечний розмір і голівка виводиться за методом Морісо-Левре-Лашапель.

Модифікована методика Ловсета виконувалась таким чином: тулуб плода народжується до пахвин в одному з косих розмірів виходу з малого тазу. При цьому одна ручка буде нижньою, а друга, відповідно, верхньою. Якщо нижня ручка ліва, тоді акушер повертає тулуб плода за годинниковою стрілкою на 100–150° максимально, що залежить від положення плода, при цьому нижня ручка переводиться під симфіз породіллі та стає верхньою. Водночас з поворотом тулуб плода відводиться під кутом в 45° донизу до лівого стегна матері та виводиться верхня ручка, після чого повертаємо тулуб проти годинникової стрілки з одночасним відведенням тулуба під кутом в 45° донизу до правого стегна матері. Права ручка стає верхньою і виводиться вказівним пальцем з-під лона матері. Голівку, у разі потреби, якщо вона не народилася самостійно, вивільняється за методом Морісо-Левре-Лашапель.

### Результати досліджень та їх обговорення

Середній час вивільнення плода за методикою Ловсета 56±17 сек. Вивільнення плода займає тривалий час, тому що виконуються два повороти на 180°.

Оцінка дітей за шкалою Апгар представлена в таблиці 1.

Оцінка за шкалою Апгар відрізняється в цій групі на 0,97 бала від контролю тим, що показники м'язового тону в групі, де здійснювалася допомога за Ловсетом, були нижчими ( $p < 0,05$ ). Ця ж тенденція спостерігається і на 5-й хвилині оцінювання та дорівнює різниці в 0,96 балів.

Стан важкості дітей продемонстрований в таблиці 2.

Задовільний стан спостерігався у 88,3% дітей в групі, де була використана методика Ловсета. Стан середнього ступеня тяжкості був відзначений неонатологами в 16,7%. Таким чином, за клінічною оцінкою, істотна різниця виявилася між двома групами, тобто стан дітей за клінічним спостереженням є більш тяжким в групі за Ловсетом, ніж в контрольній.

Патологічні стани новонароджені, які було діагностовано, представлені в таблиці 3.

Як представлено в таблиці 3, більший відсоток ускладнень мають діти, народжені за допомогою використання методики Ловсета, в порівнянні з контрольною групою. Сумарна кількість цих ускладнень становить 16,6%, що обумовлено асфіксією (8,3%), неврологічними порушеннями (5,5%) та дихальними розладами (2,8%).

Середній час вивільнення плода 28±7 секунд. Як видно, час вивільнення істотно менший ніж при попередніх методах.

Оцінка дітей за шкалою Апгар представлена в таблиці 4.

Оцінка за шкалою Апгар майже не відрізняється в цій групі від контрольних показників, тому що народження плода відбулося швидко без затримки (різниця – 0,37 бала), подібна тенденція спостерігається і на 5-й хвилині оцінювання

Таблиця 1

#### Порівняння дітей за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилинах життя

Хвилина дослідження	Група із застосуванням метода Ловсета (n=36)	Контрольна група (n=30)
Перша хвилина життя	7,38±0,23*	8,35±0,27
П'ята хвилина життя	8,13±0,31*	9,51±0,48

Примітка: \* –  $p < 0,05$  (у порівнянні з контрольною групою)

Таблиця 2

#### Стан тяжкості новонароджених

Стан тяжкості дітей	Група із застосуванням метода Ловсета (n=36)	Контрольна група (n=30)
Задовільний	30 (83,3%)*	28 (93,3%)
Середнього ступеня тяжкості	6 (16,7%)*	2 (6,7%)
Важкий	–	–

Примітка: \* –  $p < 0,05$  (у порівнянні з контрольною групою)

(різниця – 0,77 бала).

Стан тяжкості дітей продемонстрований в таблиці 5.

Задовільний стан дітей спостерігався в групі з модифікацією Ловсета у 92,5% новонароджених. Стан середнього ступеня тяжкості був відзначений неонатологами в 7,5%.

### Висновки

Пологи в сідничному передлежанні, як правило, потребують допомоги акушера-гінеколога, але

існуючі методи надання допомоги мають певні недоліки. За результатами апробованими, найбільш поширеними в світі методами було визначено ускладнення для новонародженого, переважно у вигляді асфіксії, неврологічних та дихальних порушень. Запропонована нами методика надання допомоги при сідничному передлежанні дозволяє значно знизити кількість ускладнень та скоротити час вивільнення плода. Крім того, вона максимально наближена до фізіологічних пологів, що дозволяє знизити перинатальні ускладнення у дітей, народжених в сідничному передлежанні.

Таблиця 3

#### Патологічний стан новонароджених

Патологічний стан	Група із застосуванням методу Ловсета (n=36)		Контрольна група (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Перинатальна гіпоксично-ішемічна енцефалопатія	–	–	–	–
Синдром дихальних розладів I ст.	1	2,8*	–	–
Синдром дихальних розладів II ст.	–	–	–	–
Синдром дихальних розладів III ст.	–	–	–	–
Синдром гіперзбудливості	2	5,5*	–	–
Асфіксія при пологах I ст.	3	8,3	2	6,7
Асфіксія при пологах II ст.	–	–	–	–
Асфіксія при пологах III ст.	–	–	–	–
Перелом ключиці	–	–	–	–
Синдром пригнічення	–	–	–	–

Примітка: \* –  $p < 0,05$  (у порівнянні з контрольною групою)

Таблиця 4

#### Порівняння дітей за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилині життя

Хвилина дослідження	Група з запропонованим методом (n=40)	Контрольна група (n=30)
Перша хвилина життя	7,98±0,15	8,35±0,27
П'ята хвилина життя	8,74±0,29	9,51±0,48
Важкий	–	–

Примітка: \* –  $p < 0,05$  (у порівнянні з контрольною групою)

Таблиця 5

#### Стан тяжкості новонароджених

Стан тяжкості дітей	Група з запропонованим методом (n=40)	Контрольна група (n=30)
Задовільний	37 (92,5%)	28 (93,3%)
Середнього ступеня тяжкості	3 (7,5%)	2 (6,7%)
Важкий	–	–

Примітка: \* –  $p < 0,05$  (у порівнянні з контрольною групою)

### Список літератури

1. Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Тазове передлежання плода» [Текст]: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2006 р. № 899.
2. Сичинава Л. Г. Многоплодие. Современные подходы к тактике ведения беременности [Текст] / Л. Г. Сичинава // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2014. – № 2. – С. 131–2138.

3. Стрижаков А. Н. Высокотехнологичные методы исследования состояния матери и плода: обеспечение здоровья будущего поколения [Текст] / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, И. В. Игнатко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – Т. 11. – № 4. – С. 6–12.
4. Сувернева А. А. Некоторые аспекты антенатальных и интранатальных потерь [Текст] / А. А. Сувернева, О. Б. Мамиев // ММатериалы 13-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя!» (25–28 сентября 2012 г., Москва). – Москва, 2012. – С. 182–183.
5. Тазовое предлежание плода: тактика ведения родов и перинатальные исходы [Текст] / Т. Л. Корманова, М. Е. Уквальберг, С. В. Гусейнова, А. В. Карпеченко // Материалы 13-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя!» (25–28 сентября 2012 г., Москва). – Москва, 2012. – С. 71–73.
6. Bogner G. Breech delivery in the all fourth position: a prospective observational comparative study with classic assistance [Текст] / G. Bogner, M. Strobl, H. Schausberger // J Perinat Med. – 2014. – Sep 10. – P. 29–32.
7. Breechpresentation – an analysis of results in one perinatal center [Текст] [Article in Czech] / J. Sivakova, K. Biringer, M. Hrtankova [та ін.] // Ceska Gynecol – 2014. – Apr. – № 79 (2). – P. 107–114.
8. Cohen W. R. Managing Breech Presentation and Transverse Lie, in Labor and Delivery Care: A Practical Guide [Текст] / W. R. Cohen, E. A. Friedman. – Wiley-Blackwell, Oxford, UK, 2011. – 928 p.

Стаття надійшла до редакції 04.10.2016

*Н. С. Луценко, И. С. Соколовская, К. В. Островский, В. Ю. Потеня, И. А. Евтерева, О. Д. Мазур*  
ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования  
Министерства здравоохранения Украины»

## МЕТОДИКА ЛОВСЕТА И МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ЛОВСЕТА ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ РУЧЕК ПЛОДА ПРИ РОЖДЕНИИ В ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Тактика ведения родов в ягодичном предлежании в современном акушерстве не имеет единой точки зрения и зависит от медицинских, социальных и демографических факторов. Техника оказания ручной помощи при рождении является залогом снижения количества травматических осложнений.

**Цель.** Сравнение влияния разных способов оказания акушерской помощи на состояние плодов в раннем неонатальном периоде.

**Материалы и методы.** Оказана акушерская помощь во время второго периода родов 36 женщинам по методике Ловсета, 41 пациентке – с использованием модифицированной методики Ловсета. Сравнение проводилось с 30 детьми, рожденными в головном предлежании.

**Выводы.** Предложенная нами методика оказания помощи при рождении в ягодичном предлежании позволяет значительно снизить количество осложнений и сократить время извлечения плода. Кроме того, она максимально приближена к физиологическим родам, что позволяет снизить количество перинатальных осложнений.

**Ключевые слова.** Плод, ягодичное предлежание, метод Ловсета, осложнения.

*N. Lutsenko, I. Sokolovska, K. Ostrovskiy, V. Potebnya, I. Evterieva, O. Mazur*  
Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education

## LOWSET METHOD AND MODIFIED LOWSET TECHNIQUE TO RELEASE THE HANDLES OF THE FETUS AT BIRTH IN BREECH PRESENTATION

Tactics of childbirth in breech presentation in modern obstetrics has no single point of view and depends on medical, social and demographic factors. Technique for providing hand assistance at birth is the key to reducing the number of traumatic complications.

**Goal.** Comparison of the influence of different ways of providing obstetrical care at the State in the early neonatal period.

**Materials and methods.** Obstetric assistance provided during the second stage of labour for women on Lovset methodology, 36, 41 patient-with the retrofit techniques Lovset. The comparison was carried out with 30 children born in cephalic presentation.

**Conclusions.** The proposed methodology for assisting at birth in breech presentation allows you to significantly reduce the number of complications and reduce the time of extraction of the fetus. In addition, it as close to the physiological childbirth, thereby reducing the number of perinatal complications.

**Keywords.** Fetus, breech presentation, Lowsets' method, complications.