Етіопатогенетичні аспекти формування тазового передлеження плода

Дубець Л.М. Кравченко О.В.
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Тазове передлежання пл зустрічається в 3-5% випадків і станов одну з найдискусійніших та найскладніших проблем сучасного акушерства.[1] Важливість вивчення умов виникнення тазових передлежань зумовлена, в першу чергу, тим що персистенція тазового кінця плода над входом у малий таз до моменту пологів рідко буває випадковим феноменом. Вона є інтегральним результатом складної взаємодії материнських анатомічних факторів, фетоплацентарних детермінант та порушень біоелектричної активності міометрія . Саме ці фактори впливають на перебіг перинатального періоду при тазовому передлежанні, ускладнюючи його.

Мета дослідження: вивчити етіопатогенетичні аспекти формування тазового передлежання плода

Матеріал і методи дослідження. Нами проаналізовані 32 історії пологів пацієнток із тазовими передлежаннями плода, які розродженні шляхом кесаревого розтину в пологовому будинку Чернівецької центральної міської клінічної лікарні за 9 місяців 2026 року.

Результати дослідження. На основі систематизації клінічних даних, анатомо-функціональних критеріїв і результатів ультразвукового скринінгу, нами виділено групи етіопатогенетичних факторів, що призвели до формування тазового передлежання плода.

Фактори, що змінюють просторовий об'єм матки та рухливість плода були нами діагностовано у 20 вагітних (62,5%), (див. табл.1.) Таблиця 1

Фактори, що змінюють просторовий об’єм матки та

№	Нозологія	n	%
1	Багатоплідна вагітність	8	25
2	Недоношена вагітність	6	18,75
3	Аномалії кількості амніотичної рідини	2	6,25
4	Вроджені вади розвитку плода	2	6,25
5	Аномалії пуповини	2	6,25

При двійні виникає феномен просторового дефіциту в порожнині матки, коли перший або другий плід змушений займати сідничне або ніжне передлежання. Незрілість плода і надлишковий відносний простір на ранніх термінах сприяють високій мобільності, що при передчасному розродженні фіксує тазовий кінець над входом у таз.

Аномалії кількості амніотичної рідини також створюють умови для гіпермобільності та нестабільного положення плода.

Вроджені вади розвитку плода діагностовано у 2 випадках (6,25%). Відносно коротка пуповина виявлена в 1 пацієнтки (3,13%), також в 1 випадку спостерігалося оболонкове прикріплення судин пуповини.

Фактори наявності механічної перешкоди до вставлення голівки діагностовано у 6 вагітних (18,75%), а саме: вроджені аномалії розвитку матки діагностовано у 3 жінок (9,38%), зокрема дворога матка – у 2 пацієнток та сідлоподібна матка – у 1 жінки. Передлежання плаценти виявлено у 1 пацієнтки (3,13%). Міома тіла матки у нижньому сегменті зафіксована в 1 спостереженні (3,13%). Анатомічно вузький таз зазначено в 1 випадку (3,13%). Функціональні розлади тонусу міометрія були діагностовані в 6 пацієнток (18,75%). У даній підгрупі провідними етіопатогенетичними чинниками виступали: порушення збудливості рецепторного апарату матки на тлі вишкрібання матки в анамнезі; першородячий статус із недостатньою координацією маткових скорочень; стресові фактори та вегетативна дисфункція.

Висновки:Серед етіопатогенетичних чинників, що призводять до формування тазового передлежання, провідна роль належить факторам, які змінюють просторовий об’єм матки та рухливість плода – 62,5%. Функціональні розлади тонусу міометрія і механічна перешкода вставлення голівки становить відповідно по 18,5% випадків.

Література:

1. Bevilacqua E, Jani JC, Meli F, Carlin A, Bonanni G, Rimbault M, Ruggiano I, Quenon C, Romanzi F, Lanzone A, Badr DA. Pregnancy outcomes in breech presentation at term: a comparison between 2 third level birth center protocols. AJOG Glob Rep. 2022 Aug 13;2(4):100086.