Медицинские науки

УДК 618

METOД KRISTELLER - ОБЗОР И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Т. Гарнизов, Д. Хаджиделева, Медицинский университет, София, Болгария. Специализированная больница для активного лечения акушерства и гинекологии, Медицинский университет (София, Болгария), e-mail: larapt@abv.bg

Резюме. В статье описывается история акушерского приема родовспоможения, предложенный Samuel Kristeller. Описан конкретный случай его применения с осложнениями.

Ключевые слова: метод Kristeller, акушерство, медицинская казуистика.

В 1867 году Samuel Kristeller (1820-1900) опубликовал свой метод помощи сокращениям матки при освобождении от плода при помощи ручного сжатия дна матки. Приложенное давление осуществляется по направлению длинной оси родового канала и продолжается от 5 до 8 секунд с паузами от 0,5 до 3 минут (1).

Показаниями для использования метода Kristeller являются:

- 1. Помощь при вагинальных родах с помощью инструментальных методов для извлечения плода;
 - 2. Помощь при проведении кесарева сечения;
- 3. Острая гипоксия плода при положении головы плода в тазовом выходе:
- 4. Помощь при рождении в конце его второго срока при эпидуральной анестезии;
 - 5. Вторичная инерция матки;
 - 6. Помощь при вагинальных родах при тазовом положении плода (2,

¹Статья рекомендована проф., д-р Т.Поповым Медицинский университет - София (София, Болгария).

3).

При рандомизированных и контролируемых исследованиях обнаружено, что этот метод способствует сокращению продолжительности второго периода родов (4, 5), что играет важную роль для истощенных рожениц. Согласно другим исследованиям, метод Kristeller не способствуют уменьшению продолжительности второго периода родов (2, 6).

Как противопоказания к применению метода Kristeller отмечаются:

- 1. Плацента, расположенная на дне матки;
- 2. Затрудненные роды с предлежанием плеча плода;
- 3. Вагинальное рождение после прошлого кесарева сечения;
- 4. Неполное раскрытие шейки матки с головой плода вне таза.

В медицинской литературе идет дискуссия о пользе и вреде использования метода Kristeller (3, 7, 8).

При прематурном или очень интенсивном сжатии дна матки по методу Kristeller, могут возникнуть: разрывы матки и шейки матки, разрыв матки на месте шрама предыдущего кесарева сечения, повреждение органов брюшной полости: повреждение печени, желудка, и сальника; переломы ребер, шейно—вагинальные разрывы. (7-10).

При сильным сжатии дна матки по методу Kristeller, описаны случаи повреждения плода: переломы бедер и других костей, асфиксия, внутричерепные кровоизлияния, сжатие пуповины, трофобластическая или амниотическая эмболия, кровоизлияние в надпочечники, кожные и подкожные кровоизлияния. (9, 11-14).

Существуют противоречивые исследования о возможности повреждения промежности при использовании метода Kristeller (6, 15). Хорошо проведенное исследование 297 рожениц, к которым был использован метод Kristeller, установило, что не наблюдается повреждений промежности и сфинктера тазового резервуара (16).

Ниже указаны данные наблюдений роженици, к которой был применен метод Kristeller, получила разрыв артериальной аневризмы в головном мозге.

Речь идет о 25-летней женщине с первой беременностью в 10-ом лунном месяце, которая поступила для родоразрешения.

Соматический статус - нормальное телосложение, легкие с везикулярным дыханием, сердцебиение - правильное, частота 75 ударов в минуту, тоны сердца ясные, 120/60 мм рт. ст. кровяное давление.

Перенесенные заболевания - отрицает. Семейный анамнез – не обремененный.

Акушерский статус: размер таза. определенный пелвиометрией – в норме. Мембрана сохранена. Поступила с родовой деятельностью – схватки короткие, через 10 минут. Ультразвуковая диагностика - живой плод в головном предлежании, BPD - 98, TAD- 107, Fe - 75, AC- 334, PL - задняя, III степени, сердечные тоны плода 145 уд./мин., реактивностью хорошей И изменчивостью. После госпитализации, при полном расширении шейки матки, частота детских тонов сердца снизилась до 90 уд./мин., что потребовало сократить родильный период. Была включена система i. v. c 10 e. Oxytocin в банке физиологический серум 500 мл с начальным расходом 8 gt/min. Детские сердца стабилизировались, схватки участились, продолжилось без отклонений. У головы плода на выходе из таза снова была замечена тенденция к снижению частоты тонов сердца ребенка. Увеличили дозу вливания Oxytocin постепенно до 22 gt/min. При очередном сокращении матки применен метод Kristeller вырождается, а затем сразу же происходит резкое ухудшение состояния женщины - помутнение сознания, сильная головная боль, тошнота, рвота. Родился живой плод весом 3300 г, ростом 51 см., в хорошем состоянии. Не зарегистрированы аномальные потери крови. Из-за постоянной головной боли, ригидности затылочных мышц, тошноты и рвоты, пациентке проведена консультация с неврологом. Проведено исследование с помощью сканера, которое устанавливает кровоизлияние в мозг и роженица переведена в университетскую клинику нейрохирургии.

Соматический статус из истории болезни клиники нейрохирургии: плохое общее состояние, легких — дыхание везикулярное без добавленного шума. Правильное сердцебиение с нормальной скоростью, кровяное давление 120/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, конечности без отечности.

Неврологический статус - выраженная шейная жесткость, зрачки одинаковые, реагируют на свет, глазные яблоки подвижны во всех

направлениях без диплопии, нистагм и асимметрия лица. Пациентка без данных о скрытых парезах и патологических рефлексах, контактна, адекватна.

Лабораторные исследования: гемоглобин - 91г./л., эритроциты - 3.00x10/12//л., лейкоциты - 13.5x10/9//л., гематокрит - 0,27, тромбоциты – 271x10/9/ /л., глюкоза крови - 10,5 ммоль/л., креатинин - 127 ммоль/л. Электрокардиограмма в норме. Рентген легких и сердца - без патологических изменений. Компьютерная томография головного мозга – данные о кровоизлиянии, церебральная панангиография — данные о разрыве аневризмы передней соединительной артерии, заполняющаяся справа.

Течение заболевания. После клинической консультации и предоперационной подготовки, под общим наркозом роженица прооперирована. Через правую птериональную трепанацию черепа и оптическое увеличение достигается до аневризмы, ее шейка зажимается. Рядом с ней находится вторая небольшая аневризма передней соединительной артерии, которая также обработана.

Послеоперационный период проходит гладко. Была проведена терапия вливаниями, дегидратирующими агентами, антибиотиками, кортикостероидами, противосудорожными препаратами. Проведена активная реабилитация. Хирургическая раны первично восстановлена. Выписана в хорошем состоянии, без неврологического дефицита.

Повышение артериального давления является универсальной причиной разрыва аневризмы артерии, локализованной в мозгу. При описании женщины до родов, во время и после родов, не были установлены аномальные значения артериального давления. Мы предполагаем, что при применении метода Kristeller произошло резкое кратковременное повышение кровяного давления, связанное со сжатием брюшной аорты. Дистально в месте сжатия ток крови резко снижается, а проксимально от сжатого участка идет резкое увеличение объема крови и артериального давления в аорте и ее ветвях. Для быстрого увеличения объема крови в аорте проксимально от сжатого участка имеет значение и повышенный сердечный выброс во время второго периода родов.

Описанный случай является показательным для акушерского поведения в отношении использования метода Kristeller. Строгая и

тщательная оценка риск/пользы для пациентки и плода при определенных состояниях и заболеваниях может предотвратить ухудшающие рождение инциденты.

Литература:

- 1. Lurie S., Feinstein M., Manuel Y. Samuel Kristeller: the man and the maneuver, Harefuah 1999; 136: 653 654
- 2. Olus A. R., Mude Emeksiz B.A., Vedat U., Muzat A. P. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor.A randomized controlled yrial. Acta obstetrica et gynecologica 2009; 88: 320 -324
- 3. David M. Gebursthilfe Sinn und Unsinn des Kristellerschen Handgriffs heuteein Diskussions beitrag. Geburtsh Frauenheilk 2005; 65: 895 898
- 4. Gustus Hofmeyr G., Rachel A., Anne C. Obstetric care in low resource settings: what, who and how to overcome challenges to scale up? International journal of Gynecology and Obstetrics 2009; 107: 21- 42
- 5. Akram Peyman, Farnaz Sheishegar, Zeinal Abbas Uterine Fundal Pressure on the Duration of the Second Stage of labor in Iran: A Randomised Controlled Trial, J. of Basic and Appleid Scientific Research ,wwwtextroad.com 2011; 1 /11/: 1930 1933
- 6. Api O., Emeksiz, Balcin M., Ugurel V and al. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: A randomised controlled trial. Acta Obstetrican et Gynecologica Scandinavica 2009; 88: 320 324
- 7. Cosner K. R.- Use of fundal pressure during second stage of labor. A pilot study .J. Nurse Midwifery 1996; 41/4/: 334 337
- 8. Kline Kage V., Miller Slade D. The use of fundal pressure during the second stage of labor. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. 1990; 19: 510 517
- 9. Dubravco Habek, Mirna Vukovic Bobic, Zlatko Hrgovic Possible fetomaternal clinical risk of the Kristeller,s expression. Cent. Eur. Med.2008; 3/2/: 183 186
- 10. Merhi Z. O., Awonuga A. O. The role of uterine fundal pressure of labor: a reappraisal. Obstet. Gynecol. Surv. 2005; 60 /9/: 599 603
 - 11. Habek D.- Fetal shoulder dystocia. Acta Med. Croat. 2002; 56: 57-63

- 12. Martins G.- External over rotation of the head in the treatment of high longitudinal shoulder position. Gebursh Frauenheilk 1987; 47: 197 201
- 13.Husslein P., Bermischekg, Huber J. C., Kubista E. Leodolter S. /Eds/ Lehribuch der Frauenheilkude,Band 2 Geburstshilfe .Willhem Naudrich Werlag Wien Munchen Bern 2001, 191
- 14.MatsuoK., Shiki Y. Y., Yamasoki H M., Shimoya K. Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. Arch. Gynec ol. Obstet. 2009; 280 /5/: 781 786
- 15. De Leeuw J. M. Vierhiut M. E., Struiyk PC. And al.- Anal sphincter damage after vaginal delivery: relationship of anal endosonography and monometry on anorectal complaints. BYOG 2001; 108: 383 387 1risteller. Andrea Sartore, Fravcesco De Seta Djanpaolo Maso et al. The effects of uterine fundal pressure /Kristeller maneuver / on pelvic floor function after vaginal delivery. Arch. Gynecol.Obstet. 39 June 2012 DOI 10 1007/s007/soo404 012 24444- x



Garnizov T., Hadzhideleva D. Metod Kristeller – obzor i klinicheskij sluchaj s oslozhnenijami /T. Garnizov, D. Hadzhideleva // Vestnik po pedagogike i psihologii Juzhnoj Sibiri. – № 4 , 2015.

Abstract. The article describes the history of the obstetric admission childbirth, suggested Samuel Kristeller. Described a concrete case of application with the complications.

Keywords: method of Kristeller, obstetrics, medical casuistry.

Сведения об авторах

Теодор **Гарнизов**, доктор PhD, начальник сектора в Родильной клинике при Университетский больнице СБАЛАГ, Родильный дом, София, 1000 ул. Здраве, №2; София, бул. Св.Георги Софийский, 1., преподаватель ФОС, Медицинский университет Софии (Болгария).

Диляна **Хаджиделева**, гл. ассистент, преподаватель ФОЗ, Медицинский университет Софии, Болгария.

© Т. Гарнизов, 2015.

© Д. Хаджиделева, 2015.

© Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири, 2015.

_ • -

Подписано в печать 20.01.2016.

© Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири, 2015.