Gynäk. Rdsch. 1964;1:192-193

Eine Analyse von 16327 Steißgeburten

H.S.		Morgan
H.		Kane

Philadelphia

In einer Analyse von 16327 Geburten aus Beckenendlage eines Gesamtmaterials von 404847 Geburten wird besonders das kindliche Schicksal untersucht. Das vermehrte Auftreten von Zwillingen in der Gruppe mit Steißlagen bestätigt die bekannte Beobachtung, daß einer der Zwillinge häufig aus Beckenendlage geboren wird. Die Zahl der mütterlichen Todesfälle ist der Vollständigkeit halber in der Arbeit angeführt, jedoch so klein, daß eine Berücksichtigung und Diskussion nicht notwendig erscheint. Die kindliche perinatale und neonatale Mortalität stellt eines der bedeutendsten Probleme, die mit einer Steißlagengeburt verbunden sind, dar, da die Häufigkeit perinataler Todesfälle 5 ½mal größer als die des Gesamtmaterials ist. Eine Senkung der perinatalen Mortalität bei Geburten aus Beckenendlage ist durch eine Bevorzugung der abdominalen Schnittentbindung zu erreichen. Sie ist im Vergleich zum Gesamtmaterial und zu Kindern, die durch Kaiserschnitt geboren wurden, bei Ausschluß mütterlicher Komplikationen bei Erstgebärenden geringer als bei Mehrgebärenden. Beachtenswert ist ferner die Tatsache, daß Todesfälle bei reifen Kindern, die durch eine Schnittentbindung geboren wurden und deren Mutter keine komplizierenden Erkrankungen aufwiesen, nicht beobachtet wurden. Die Häufung kindlicher Todesfälle bei Geburten aus Beckenendlage bleibt eines der den Geburtshelfer am stärksten beschäftigenden Probleme.

V. Schäfer

* Originaltitel: An Analysis of 16327 Breech Birth.

Kommentar

193

Kommentar zur Arbeit auf S. 192

Wenn wir uns jetzt bemühen, die perinatale Neugeborenensterblichkeit weiter zu vermindern, so verdient – neben der Frühgeburt – die Steißlagenentbindung unsere Aufmerksamkeit. Am Anfang steht auch hier wiederum die Diagnose. Wenn die Steißlage erst während der Geburt erkannt wird oder gar erst in der Austreibungsperiode, so liegt eine Fehlleistung der Schwangerenberatung bzw. Geburtsleitung vor. Kann der Verdacht auf Steißlage nicht durch die äußere/innere Untersuchung geklärt werden, so sollte auch heute nicht auf die Röntgenaufnahme verzichtet werden. Der Hausarzt ohne besondere geburtshilfliche Ausbildung und im Vertrauen auf seine während der Studienzeit erfolgten Unterweisung sollte nicht versuchen, Steißlagengeburt im Privathaus zu entbinden. Die Indikationen, wann «spontane» Geburt mit Manualhilfe, wann ganze Extraktion, wann abdominale Schnittentbindung erwogen werden müssen (alte Primipara, rigide Weichteile, großes Kind, schlechte Wehen), erfordern die ganze Erfahrung des spezialisierten Gynäkologen und den technischen Apparat der Klinik.

H. Schwalm

Aus: Acta obstet. gynec. scand. XLI: 346–356 (1962); cit. Gynäk. Rdsch. 1: 193–196 (1964)

Vorzeitiger Blasensprung bei fetalen Gewichten zwischen 1000–2500 g*

B. Buemann und P. Lange

Maternity Department B, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

Die Autoren berichten über therapeutische Maßnahmen beim vorzeitigen Blasensprung unter Berücksichtigung des Gewichtes des Feten. Weiterhin wird zu der Frage nach möglichen Zusammenhängen zwischen vorzeitigem Blasensprung, perinataler Mortalität und mütterlicher Morbidität Stellung genommen.

In der Zeit von 1955 bis 1959 wurden am Reichshospital in Kopenhagen 326 Patientinnen mit vorzeitigem Blasensprung bei einer Gesamtgeburtenszahl von 11 723 beobachtet. Die Auswahl der Fälle geschah auf Grund der mutmaßlichen Gewichte der Feten, die zwischen 1000 g und 2500 g lagen; die Dauer der Schwangerschaft blieb unberücksichtigt.

Die Autoren sprechen von einem vorzeitigen Blasensprung wenn zwischen dem Abgang des Fruchtwassers und dem Einsetzen

* Originaltitel: Premature Rupture of the Membranes at Fetal Weights of 1000–2500 g.