

Современный взгляд на проблему родов в заднем виде головного предлежания плода

О.С. Арнт, Е.Б. Троиц, Т.С. Гаджиева

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Роды в заднем виде затылочного предлежания плода сопровождаются более частыми осложнениями для матери и плода по сравнению с родами в переднем виде затылочного предлежания. В статье рассмотрены клинические особенности родов в заднем виде затылочного предлежания, исходы и возможные осложнения. Проанализированы факторы, формирующие задний вид затылочного предлежания головки плода.

Ключевые слова: задний вид затылочного предлежания головки плода, факторы риска, исходы для матери, кесарево сечение.

Биомеханизм родов в заднем виде головного предлежания привлекал внимание акушеров на протяжении всей истории акушерства, так как эти роды сопровождались большей частотой осложнений как для матери, так и для плода, особенно при сравнении с исходами родов в переднем виде затылочного предлежания плода.

По мнению отечественных исследователей, частота таких родов невелика и составляет не больше 1 % всех родов [1–4]. По всей вероятности, именно поэтому в нашей стране так мало внимания уделялось родам в заднем виде головного предлежания. Однако данные зарубежной литературы свидетельствуют о том, что роды в заднем виде встречаются чаще и составляют от 2 до 8 % [5, 6, 9–13, 15–17]. Так, данные Ponkey S. E. et al. (2003) свидетельствует о том, что лишь у 26 % первородящих и 57 % повторнородящих роды завершаются благополучно при сохранении заднего вида головного предлежания [14]. Таким образом, можно предположить, что осложнения, связанные с биомеханизмом родов в заднем виде головного предлежания, заслуживают детального анализа.

Целью настоящего исследования являлось изучение частоты и исходов родов в заднем виде головного предлежания плода и выявление факторов, значимо влияющих на формирование данного вида на основании ретроспективного анализа историй родов.

Задачи исследования:

- провести ретроспективный анализ историй родов, проведенных в акушерско-гинекологическом отделении городской больницы и родильном доме;
- определить частоту родов в заднем виде головного предлежания за данный промежуток времени;

- изучить исходы родов в заднем виде головного предлежания на основании ретроспективного анализа историй родов;
- выявить факторы риска формирования заднего вида;
- оценить частоту осложнений родов при переднем виде затылочного предлежания и заднем виде головного предлежания;
- провести оценку частоты оперативного родоразрешения при переднем виде затылочного предлежания и заднем виде головного предлежания.

Методы исследования

Изучение частоты и исходов родов в заднем виде головного предлежания проводили на основе ретроспективного анализа 4286 историй родов, поведенных в акушерско-гинекологическом отделении городской больницы № 36 и роддоме № 13 Санкт-Петербурга за период 2009–2012 гг.

Выкопировка информации из истории родов проводилась в соответствии со специально разработанным протоколом, содержащим следующие сведения: антропометрические данные роженицы, акушерско-гинекологический анамнез, данные о соматическом здоровье роженицы и данные о течении настоящей беременности и родов.

Статистический анализ включал сравнение распределения с использованием χ^2 и коэффициента взаимной сопряженности Чупрова. Уровень статистической значимости принимали при $p \leq 0,05$ при доверительной вероятности 95,5 %.

Результаты и обсуждение

Анализ 4286 историй родов за четырехлетний период свидетельствует о том, что абсолютное большинство родов завершилось в переднем виде затылочного предлежания и составило 81,06 % (3542). В заднем виде головного предлежания завершилось 153 родов, процент таких родов составил 3,41 (рис. 1). На прочие биомеханизмы пришлось 591 (15,54 %) родов. Структура исходов родов представлена на рис. 1.

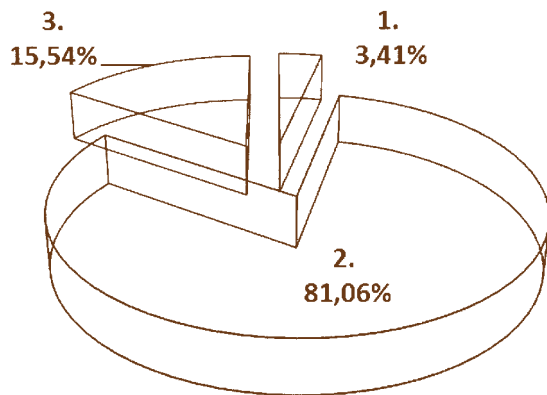


Рис. 1. Структура исходов родов за период 2009–2012 гг. (средневзвешенные значения): 1 – задний вид головного предлежания; 2 – передний вид затылочного предлежания; 3 – прочее биомеханизмы родов

Динамика частоты родов по годам представлена на рис. 2. Как видно из представленного материала, частота заднего вида затылочного предлежания головки плода имеет стойкую тенденцию роста. Так, за четыре года процент таких родов возрос в 2,27 раза (рис. 2).

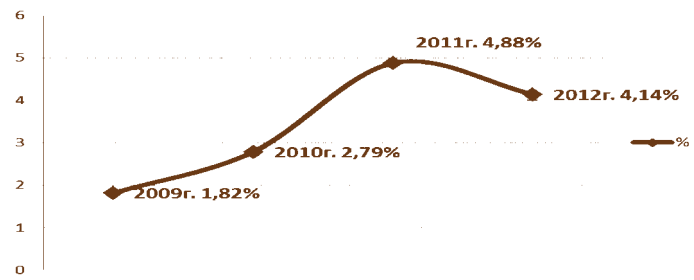


Рис. 2. Динамика частоты родов в ЗВЗПП плода за 2009–2012 гг.

С целью определения влияния, особенностей течения беременности и родов на исход родов сравнивались две группы – при заднем и переднем виде головного предлежания. Среди многочисленных факторов, оцененных во время беременности, у женщин с задним видом головного предлежания статистически значимо чаще встречались крупный плод, многоводие, и было отмечено, что большинство женщин, родивших в заднем виде головного предлежания, имели первую беременность (табл. 1).

Для выявления факторов, определяющих возможность развития осложнений в родах в заднем виде головного предлежания, было проведено сравнение особенностей течения родов с различным видом предлежания. Результаты сравнения представлены в табл. 2

Проведенный анализ позволил установить, что в родах, завершившихся в заднем виде, статистически значимо чаще имели место такие осложнения, как клинически узкий таз, острая гипоксия плода, слабость родовой деятельности и несвоевременное излитие околоплодных вод (табл. 2). Перечисленные осложнения могут являться причиной оперативного вмешательства

Таблица 1. Особенности течения беременностей, завершившихся рождением плода в переднем и заднем виде затылочного предлежания головки плода (2009–2011 гг.)

Особенности течения беременности	Роды в ЗВЗПП, %	Роды в ПВЗПП, %	Р	χ^2	Коэффициент Чупрова
Многоводие	16,19	3,45	< 0,01	25,05	0,09
Крупный плод	26,67	11,99	< 0,01	19,76	0,09
Первая беременность	77,00	58,00	< 0,01	9,73	0,15

Таблица 2. Особенности течения родов, завершившихся рождением плода в переднем и заднем виде головного предлежания (2009–2011 гг.)

Особенности течения родов	Роды в ЗВЗПП, %	Роды в ПВЗПП, %	Р	χ^2	Коэффициент Чупрова
Клинически узкий таз	16,19	1,61	< 0,01	100,5	0,19
Острая гипоксия плода в родах	47,62	10,07	< 0,01	139,21	0,22
Слабость родовой деятельности	66,67	9,36	< 0,01	323,36	0,35
Преждевременное/раннее излитие о/вод	46,67	25,7	< 0,01	22,75	0,09

в родах при заднем виде головного предлежания в виде амниотомии, родовозбуждения (и/или родостимуляции) и перинеотомии, частота которых подтверждает влияние заднего вида головного предлежания плода на провоцирование осложнений (табл. 3).

Использование акушерских щипцов и вакуум-экстракции имело место в обеих группах, но статистически значимых различий установлено не было. Каждое из перечисленных выше вмешательств в родах и патологических состояний достоверно чаще встречается при родах в заднем виде головного предлежания плода. В свою очередь, задний вид является фактором риска таких осложнений родов, как развитие слабости родовой деятельности, клинически узкого таза, острой и начавшейся гипоксии плода в родах, преждевременного и раннего излития околоплодных вод, а также необходимости амниотомии, родовозбуждения и родостимуляции, перинеотомии.

Особый интерес представляет сравнительный анализ частоты завершения родов кесаревым сечением при заднем и переднем виде головного предлежания. Учитывая высокую частоту серьезных осложнений родов при заднем виде головного предлежания, являющихся показанием к кесареву сечению (клинически узкий

таз, гипоксия плода, неэффективная родостимуляция), можно было предположить и более высокую частоту кесарева сечения при этом биомеханизме родов (табл. 4).

Результаты статистического анализа полностью подтвердили это предположение. При заднем виде головного предлежания головки плода кесарево сечение было предпринято почти в 5 раз чаще. Разница частоты кесарева сечения между двумя группами очень демонстративна и, как свидетельствуют результаты статистического анализа, статистически значима с высоким уровнем вероятности (табл. 4). При этом частота кесарева сечения у первородящих женщин по нашим результатам оказалась гораздо выше при заднем виде головного предлежания и составила 70 % (табл. 5).

Наши результаты согласуются с результатами других исследований последних лет, которыми также подтверждено, что частота кесарева сечения достоверно выше при заднем виде головного предлежания в сравнении с передним видом и составляет от 37 до 68 % [7, 8, 13]. Кроме того, исследователи подчеркивают, что более чем в 50 % случаев это первородящие женщины, планирующие в будущем повторные роды [5, 10]. Основные показания к кесареву сечению в обеих группах включали клинически узкий таз, отсутствие эффекта

Таблица 3. Оперативные вмешательства и медикаментозные воздействия в родах при переднем и заднем виде головного предлежания (2009–2011 гг.)

Оперативные вмешательства и медикаментозные воздействия	Роды в ЗВЗПП, %	Роды в ПВЗПП, %	p	χ^2	Коэффициент Чупрова
Амниотомия	44,76	33,18	< 0,05	6,07	0,05
Родовозбуждение/родостимуляция	60,95	13	< 0,01	182,87	0,26
Перинеотомия	64,94	54,29	< 0,05	5,01	0,04

Таблица 4. Исходы родов в заднем и переднем виде головного предлежания головки плода (2009–2012 гг.)

Роды	Через естественные родовые пути	Кесарево сечение	Итого	p	χ^2	Коэффициент Чупрова
В заднем виде	49,02 % (75)	50,98 % (78)	100 % (153)	≤ 0,05	230,7	0,25
В переднем виде	88,55 % (3178)	11,45 % (364)	100 % (3542)			

Таблица 5. Частота кесарева сечения среди перво- и повторнородящих

Роды	Извлечение, %		Статистический анализ		
	в заднем виде головного предлежания	в переднем виде затылочного предлежания	p	χ^2	Коэффициент Чупрова
Первые	77,00 (60)	58,00 (211)	< 0,01	9,73	0,15
Повторные	23,00 (18)	42,00 (153)			

Таблица 6. Показания к кесареву сечению при переднем и заднем виде головного предлежания плода (2009–2012 гг.)

Показания к кесареву сечению	Извлечение, %		Статистический анализ		
	в заднем виде затылочного предлежания головки плода	в переднем виде затылочного предлежания головки плода	p	χ^2	Коэффициент Чупрова
Клинически узкий таз	39,05	0,67	< 0,01	6,96	0,55
Первичная/вторичная слабость родовой деятельности	27,62	0,28	< 0,01	9,9	0,15
Острая/начавшаяся гипоксия плода в родах	38,10	0,28	< 0,01	34,48	0,28

Таблица 7. Особенности течения родов, завершившихся кесаревым сечением при переднем и заднем виде головного предлежания плода (2009–2011 гг.)

Особенности течения родов	Извлечение, %		Статистический анализ		
	в заднем виде затылочного предлежания головки плода	в переднем виде затылочного предлежания головки плода	p	χ^2	Коэффициент Чупрова
Амниотомия	14,29	1,33	< 0,05	6,37	0,12
Родостимуляция/родовозбуждение	21,9	2,04	< 0,01	10,5	0,54
Раннее/преждевременное излитие околоплодных вод	26,67	0,28	< 0,1	9,9	0,15

от родовозбуждения или родостимуляции и острую гипоксию плода. Однако в группе заднего вида головного предлежания эти показания встречались гораздо чаще (табл. 6).

При этом в группе заднего вида чаще отмечались такие особенности, как амниотомия, несвоевременное излитие околоплодных вод, родостимуляция и родовозбуждение (табл. 7).

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

Частота родов в заднем виде головного предлежания в 3,4 раза выше, чем считалось раньше в нашей стране, и составляет 3,41 %.

Факторы риска формирования заднего вида при беременности включают крупный плод, многоводие, первые роды.

Частота осложнений в процессе родов в заднем виде головного предлежания выше, чем в родах в переднем виде затылочного предлежания.

Роды в заднем виде головного предлежания в 50,98 % случаев заканчиваются абдоминальным родоразрешением, что в 4,45 раз чаще, чем роды в переднем виде.

Первородящие составляют 77 % в группе женщин с задним видом головного предлежания плода, роды которых завершились абдоминальным родоразрешением.

Заключение

Проведенный ретроспективный анализ историй родов свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения особенностей биомеханизма родов в заднем виде головного предлежания и формулировки алгоритма ведения таких родов и преодоления связанных с ним осложнений.

Литература

1. Айламазян Э.К. Акушерство: учеб. для мед. вузов. – 5-е изд., доп. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 136–138.
2. Бодяжина В.И. Акушерство. – М.: Медицина, 1980. – С. 98–105, 142–145.
3. Жордания И.Ф. Учебник акушерства. – М.: Медгиз, 1960. – С. 154–155.



4. Малиновский М.С., Кушнир М.Г. Руководство по оперативному акушерству. – М.: Медгиз, 1946. – С. 38–45, 59–60.
5. Buck S. The Evolutionary History of the Modern Birth Mechanism: looking at Skeletal and Cultural Adaptations // The University of Western Ontario Journal of Anthropology. – 2011. – Vol. 19, iss. 1, art. 7. – P.81–92.
6. Chapman V., Charles C. The midwives labour and birth handbook. – 3rd Edition. – [s. l.]: Wiley–Blackwell, 2013. – P. 130–141, 394.
7. Cheng Y.W., Shaffer B.L., Caughey A.B. Associated factors and outcomes of persistent occiput posterior position: A retrospective cohort study from 1976 to 2001 // Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. – 2006. – Vol. 19, No. 9 (sept.). – P. 563–568.
8. Carseldine W.J., Phipps H., Zawada S.F. et al. Does occiput posterior position in the second stage of labour increase the operative delivery rate? // Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology: Article first published online. – 2013. – 24 jan. [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajo.12041/abstract>. (Дата обращения: 07.03.2013).
9. Estrade J.P., Agostini A. Etiopathogenie des varietes posterieures de la presentation cephalique du sommet // La lettre du Gynecologue. – 2008. – № 334 (sept.). – P. 28–29.
10. Gardberg M., Leonova Y., Laakkonen E. Malpresentations-impact on mode of delivery // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica journal. – 2011. – Vol. 90, iss. 5 (may). – P. 540–542.
11. Azzam A.Z., Azab H.I., Abdel Rahman A.H. et al. Intrapartum ultrasonographic assessment of foetal occiput position. A comparison with transvinal digital examination during the second stage of labor // Alexandria Journal of Medicine. – 2008. – Vol. 44, iss. 1. – P. 1–7.
12. Kariminia A., Chamberlain M.E., Keogh J., Shea A. Randomised controlled trial of effect of hands and kneesposturing on incidence of occiput posterior position at birth // British Medical Journal. – 2004. – Vol. 328. – P. 490–493.
13. Zabeo L., Balzing M.P., Tramier D. et al. La rotation des varietes posterieures et transvers en occipito-acre: etude dynamique du travail // La lettre du Gynecologue. – 2008. – № 334 (sept.). – P. 30–33.
14. Ponkey S.E. et al. Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes // Obstetrics & Gynecology. – 2003. – Vol. 101, № 5, pt 1. – P. 915.
15. Senecal J. et al. Effect of Fetal Position on Second-Stage Duration and Labor Outcome. The American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstetrics & gynecology. – 2005. – Vol. 105, № 4 (apr.). – P. 763–772.
16. Simkin P. The Fetal Occiput Posterior Position: State of the Science and a New Perspective // BIRTH: issues in perinatal care. – 2010. – Vol. 37, iss.1 (mar.). – P. 61–71.
17. Walrath D. Rethinking Pelvic Typologies and the Human Birth Mechanism // Current Anthropology. – 2003. – Vol. 44, № 1. – P. 5–31.

The contemporary view of the problem of the fetal occiput posterior position delivery

O. Arnt, E. Troik, T. Gadzieva

Nord-Western State Medical Universiti named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

Fetal malpresentation, including persistent occiput-posterior position, is a major cause of dystocia resulting in obstetric interventions. We studied malpresentation among 4286 consecutive singleton deliveries from 2009 to 2012. Maternal outcomes are often worse, physical traumas are more common than with fetal occiput anterior positions. The purpose of this paper is to describe prevailing concepts that guide labor and birth management with an occiput posterior fetus, and summarize evidence to clarify the state of the science. To identify maternal risk factors associated with persistent occiput posterior position at delivery, and to examine the association of occiput posterior position with subsequent obstetric outcomes, cesarean section.

Keywords: fetal malposition, fetal occiput posterior position, etiology and risk factors, maternal outcomes, cesarean section.

