

ИСХОД ПОРОЂАЈА КОД КАРЛИЧНЕ ПРЕЗЕНТАЦИЈЕ У ОДНОСУ НА ПРИМЕЊЕНУ РУЧНУ ПОМОЋ

Јовановић Н., Петронијевић М., Врзић-Петронијевић С., Опалић Ј., Богдановић З., Дотлић Ј.

Институт за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд

OUTCOME OF THE DELIVERIES WITH BREECH PRESENTATION ACCORDING TO THE PERFORMED MANUAL ASSISTANCE

Јовановић Н., Петронијевић М., Врзић-Петронијевић С., Опалић Ј., Богдановић З., Дотлић Ј.

Institute for Gynaecology and Obstetrics, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

SUMMARY

Introduction: Delivery with foetus in breech presentation carries a dilemma for obstetrician concerning the method of choice which would be the best for the foetus and the mother. **Goal:** The aim of this study was to analyse the frequency of breech presentation, mode of delivery and the methods of manual assistance concerning the Apgar score of the children at delivery. **Method:** Study involved all women with a child in breech position who gave birth in the Institute for Gynaecology and Obstetrics of the Clinical Centre of Serbia in Belgrade during the period of six years. **Results:** Frequency of the breech presentation in the investigated period was 4.5%. In the last three years children in breech presentation are delivered more often by caesarean section (2.7-3.1%) than vaginally (1.6-1.7%). In vaginal deliveries manual assistance by Bracht/Lowset was performed most often- in 70.5%. At the second place is manual assistance by Bracht- in 18,2%. Feet extraction of the foetus is performed in 4.4% of deliveries. The frequency of Smeli-Veit assistance is 6.7%, while the Forceps was used in 0.3% of cases. High Apgar score from 8-10 have fetuses born using the methods of assistance by Bracht/Lowset and Bracht (83-85%) with high statistical significance in comparison with other three methods of manual assistance ($p < 0.001$). There is no statistical significance concerning Apgar score between the methods of Bracht/Lowset and Bracht ($p = 0.59$). **Conclusion:** By using the adequate manual assistance which is the least traumatic for the foetus we achieve better postnatal prognosis.

Key words: Breech presentation; manual assistance; delivery

САЖЕТАК

Увод: Порођај код карличне презентације носи са собом дилему акушера коју методу изабрати, а да то буде најповољније по фетус и мајку. Циљ ове студије био је анализа учесталости карличне презентације, начина порођаја и заступљеност различитих метода ручне помоћи у односу на Апгар скор деце на порођају. Метод рада: Студијом су обухваћене све породице са децом у карличној презентацији које су се породиле у периоду од шест година на Институту за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије у Београду. Резултати: Учесталост карличне презентације у испитиваном периоду је износила 4,5%. У последње три године долази до чешће примене царског реза (2,7-3,1%) у односу на вагинални порођај (1,6-1,7%) код карличне презентације. Код вагиналних порођаја најзаступљенија је ручна помоћ по Bracht/Lowset-у 70,5%. На другом месту је ручна помоћ по Bracht-у 18,2%. Екстракција плода за ножице је заступљена са 4,4%. Заступљеност Smeli-Veit- а је 6,7%. док је Forceps примењен 0,3% случаја. Висок Апгар скор од 8-10 имају фетуси рођени по методи Bracht/Lowset-а и Bracht-а (83-85%) у односу на остале три методе ручне помоћи ($p < 0,001$). Између методе ручне помоћи по Bracht/Lowset-у и Bracht-у не постоји статистички значајна разлика у Апгар скору ($p = 0,59$). **Закључак:** Одговарајућом применом ручне помоћи која што мање трауматизује фетус постижемо бољу постнаталну прогнозу.

Кључне речи: карлична презентација; ручна помоћ; порођај

УВОД

У последње две до три деценије многи порођајни центри су прихватили став да се код прворотки са карличном презентацијом фетуса порођај заврши оперативним путем - царским резом (1). Међутим царски рез са собом повећава ризик за настанак матерналних постоперативних компликација, тако да је вагинални порођај повољнији за мајку. Са друге стране порођај обављен царским резом смањује ризик за појаву инконтиненције (2). Имајући то у виду а познајући вековна

искуства које опасности са собом носи вагинални порођај по фетус, поставља се питање шта одабрати као повољнији избор начина порођаја, царски рез или вагинални порођај.

Механизам вагиналног порођаја код карличне презентације, представља увек актуелан акушерски проблем због примене различитих ручних помоћи и чешћих оперативних захвата (3). Техника ручне помоћи код вагиналног порођаја усавршавала се од давнина и ту

се јављају и различите модификације, али се данас издвајају неколико метода ручних помоћи које се примењују у савременој акушерској пракси: Bracht/Lovset, Bracht, Екстракција плода за ножице. Техника по Smelie-Veit се примењује као резервна варијанта код застоја у рађању главице а исто тако постоје различите модификације ослобађања заосталих ручица при карличном порођају фетуса (1). Изузетно ретко али и то треба напоменути као могућност јесте и апликација Форцепса приликом застоја у рађању главице фетуса са карличном презентацијом.

ЦИЉ РАДА

Циљеви ове студије били су:

1. испитивање учесталости карличне презентације,
2. анализа начина порођаја код карличне презентације у испитиваном периоду,
3. анализа Апгар скор деце на порођају у односу на методу ручне помоћи.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДЕ

Спроведена је ретроспективна студија у Институту за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије у Београду, која је обухватила период од 6 година. Студијом су биле обухваћене све пацијенткиње са децом у карличној презентацији које су хоспитализоване ради порођаја. Анализиран је начин порођаја, методе ручне помоћи приликом вагиналног порођаја код карличне презентације и Апгар скор. За статистичку обраду добијених података коришћени су метода дескриптивне статистике, таблице контингенције, а од програмских пакета SPSS 10.0 за Windows.

РЕЗУЛТАТИ

Учесталост карличне презентације у испитиваном периоду је износила 4,5%. Остале презентације су биле заступљене са 95,5%. (Табела 1).

Табела 1. Учесталост карличне презентације 2001-2006. год.

Начин порођаја	Број	%
Карлична презентација	1879	4.76
Остало	40104	95.24
Укупно	41983	100.00

Током анализираних периода је око 60% пацијенткиња са карличном презентацијом порођено царским резом.

У 2001. години је подједнака заступљеност царског реза и вагиналног порођаја са 2,2%. У 2002. год. заступљенији је царски рез, у 2003. год. приближно иста заступљеност царског реза и вагиналног порођаја, у 2004, 2005. и 2006. години долази до чешће примене царског реза (2,7%-3,1%) у односу на вагинални порођај (1,6%-1,7%) (Табела 2).

Табела 2. Начин порођаја код карличне презентације по годинама од 2001.год-2006.год.

Године	Укупан број порођаја		Вагинални порођај код карличне презентације		Царски рез код карличне презентације	
	ББББ	ББББ	ББББ	%	ББББ	%
2001	6744	147	2,2		148	2,2
2002	6958	117	1,7		179	2,6
2003	6879	155	2,3		165	2,4
2004	7232	122	1,7		195	2,7
2005	7058	116	1,6		218	3,1
2006	7112	119	1,7		198	2,8
Укупно	41983	776	1,8		1103	2,6

Најзаступљенија ручна помоћ приликом вагиналног порођаја са карличном презентацијом је по Bracht/Lowset-у 76%. На другом месту је ручна помоћ по Bracht-у 18.2%. Екстракција плода за ножице је заступљена са 4.4%. Заступљеност Smelie-Veit-а је 6.7%, док је Форцепс примењен 0.3% случаја (Табела 3).

Табела 3. Укупна учесталост примењених ручних помоћи код вагиналног порођаја са карличном презентацијом.

Примењена ручна помоћ	ББББ	%
- Bracht/Lowset	547	70,5
- Bracht	141	18,2
- Екстракција	34	4,4
- Smelie-Veit	52	6,7
- Форцепс на заосталу главицу	2	0,3
Укупно	776	100,0

Ручна помоћ по Bracht/Lowset-у и екстракција плода за ножице су најзаступљенији код порођаја након интраутерине смрти плода. Овде спадају фетициди урађени због урођених анормалија плода и друга интраутерина угинућа фетуса (Табела 4).

Табела 4. Заступљеност различитих ручних помоћи код мртворођености.

Примењена ручна помоћ	ББББ	%
- Bracht/Lowset	36	50,0
- Bracht	8	11,1
- Екстракција	24	33,3
- Smelie-Veit	4	5,6
- Форцепс	0	0,0
Укупно	72	100,0

У око 91% порођаја је примењена ручна помоћ по Bracht/Lowset-у и Bracht-у.

У односу на Апгар скор постоји високо значајна статистичка разлика између посматраних метода ручних помоћи ($p < 0,001$). Висок Апгар скор од 8-10 имају фетуси рођени по методи Bracht/Lowset-а и Bracht-а (83-85%) у односу на остале три методе ручних помоћи.

Табела 5. Анализа Апгар скору у односу на примењену ручну помоћ у вагиналном порођају са карличном презентацијом

Примењена ручна помоћ	Апгар скор									
	0		1-3		4-7		8-10		Укупно	
	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
- Bracht/Lowset	0	0,0	25	4,9	50	9,8	436	85,0	511	72,6
- Bracht	0	0,0	6	4,5	17	12,8	110	83,0	133	18,9
- Екстракција	0	0,0	6	21,4	10	35,7	12	43,0	28	4,0
- Smelie-Veit	1	3,3	6	20,0	7	23,3	16	53,0	30	4,3
- Форцепс	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	0,3
Укупно	1	0,1	44	6,3	85	12,1	574	82,0	704	100,0

Између методе ручне помоћи по Bracht/Lowset-у и Bracht-у не постоји статистички значајна разлика у Апгар скору ($p=0,59$) (Табела 5).

Укупна заступљеност екстракције плода за ножице код живих плодова је 4,0%, а Smelie-Veit- овог хвата је 4,3%. У једном случају дошло је до интрапарталне смрти фетуса приликом порођаја трећеротке са карличном презентацијом где је телесна маса плода била 1650g. Том приликом је започета екстракција плода за ножице а потом примењен Smeli-Veit-ов хват. Примена Форцепса код карличне презентације спада у статистички редак догађај (0,3%). Форцепс је примењен у два случаја код застоја у рађању главице. Из првог порођаја добијено је новорођенче са Апгаром 1, а из другог порођаја новорођенче са Апгаром 7.

ДИСКУСИЈА

Поред општих правила пре одлуке о спровођењу вагиналног порођаја код карличне презентације потребно је урадити прецизно одрђивање карличних мера, ултрасонографску процену телесне масе, промера главице, презентације и држања. Применом ових критеријума смањује се перинатални морбидитет и морталитет код вагиналног порођаја са карличном презентацијом (1,4,5,6,7,8).

Карлична презентација представља од 2.9% до 4,5% од укупног броја порођаја (1,3,5,6,9). Порођаја са већим бројем порођаја у терцијалним установама имају виши проценат (ИГА КЦС 4,5%).

Вагинални порођај код карличне презентације је високо ризични порођај али се тај ризик по фетус превазилази либералнијом применом царског реза (3). У Калифорнији је 14% вагиналних порођаја код карличне презентације у односу на 86% са царским резом (10). Тај лагани узлазни тренд постоји и у нашој земљи. (3,5,6). У 2004-ој, 2005-ој и 2006-ој години долази до чешће примене царског реза (2,7-3,1%) у односу на вагинални порођај (1,6-1,7%). Тако да је током анализаног периода је око 60% пацијенткиња са карличном презентацијом порођено царским резом.

Прематурни фетуси до 36 недеље гестације лошије подносе вагинални порођај (хипоксија, IVН и могућност настанка фрактура дугих костију) и уколико немају леталне конгениталне аномалије потребно је урадити царски рез (6). Међутим код изразитог прематури-

тета где је гестациска старост испод 26 недеље не препоручује се царски рез већ вагинални порођај а царски рез урадити код фетуса са процењеном телесном масом испод 2000g. и изнад 3800g. (1).

Најзаступљенија ручна помоћ приликом вагиналног порођаја са карличном презентацијом је по Bracht/Lowset-у 70,5%. На другом месту је ручна помоћ по Bracht-у 18.2%. Екстракција плода за ножице је заступљена са 4.4%. Заступљеност Smeli-Veit- а је 6.7%, док је Форцепс примењен 0.3% случаја. У другим породилиштима заступљеније су ручне помоћи по Bracht-у, па онда по Thiessen-у, Muller-у, Smeli-Veit-у (11,9). Али се сви слажу да адекватном применом ручне помоћи која што мање трауматизује фетус постижемо бољу постнаталну прогнозу (11,9).

Код интраутерусних утинућа фетуса осим методе по Bracht/Lowset-у и Bracht-у високо заступљеност има и екстракција плода за ножице 33,3%. Опште је познато да је екстракција плода за ножице метода која је праћена интензивнијом манипулацијом фетуса приликом порођаја. Али како се ради о угуинулим плодовима где су урађени фетициди због урођених аномалија, или се ради о угуинулом фетусу пре порођаја, то није био предмет наше детаљније анализе у односу на методу порођаја. Код живих плодова је у око 91% порођаја је примењена ручна помоћ по Bracht/Lowset-у и Bracht-у.

Стање неонатуса на порођају обично се одређује Апгар скором и опште је прихваћено да низак Апгар скор одражава асфиксију (1). Анализом Апгар скору у односу на примењену ручну помоћ доказује се да постоји високо значајна статистичка разлика између посматраних метода ручних помоћи ($p<0,001$). Висок Апгар скор имају фетуси рођени по методи Bracht/Lowset-а и Bracht-а у односу на остале три методе ручних помоћи, што је у складу са резултатима други аутора. (11,9). Између методе ручне помоћи по Bracht/Lowset-у и Bracht-у не постоји статистички значајна разлика у Апгар скору ($p=0,59$) и обе спадају у методе ручних помоћи које наносе најмању порођајну трауму.

Примена Форцепса код карличне презентације спада у статистички редак догађај (0,3%). Примењен је два пута за шест година и то код застоја у рађању главице. Из првог порођаја добијено је новорођенче са Апгаром 1, а из другог порођаја новорођенче са Апгаром 7. Чињеница да се примењује приликом застоја у рађању главице повећава вероватноћу рађања новорођенчета у

асфиксији. Тако да је то метода која се примењује као резервна могућност. Међутим неблаговременом употребом форцепса последице по фетус могу бити још озбиљније.

У једном случају дошло је до интрапарталне смрти фетуса са карличном презентацијом код трећеротке са телесном масом плода од 1650g. Где је започета екстракција плода за ножице а потом примењен Smeli-Weit-ов хват.

ЗАКЉУЧАК

1. Учесталост карличне презентације у испитиваном периоду је износила 4,5%.

2. Присутан је лагани узлазни тренд примене царског реза (2,7-3,1%) у односу на вагинални порођај (1,6-1,7%) код карличне презентације.

3. Одговарајућом применом ручне помоћи која што мање трауматизује фетус постижемо бољу постнаталну прогнозу. Висок Апгар скор од 8-10 имају фетуси рођени по методи Bracht/Lowset-a и Bracht-a у (83-85%).

ЛИТЕРАТУРА

- Petronijević M, Petković S, Pervulov M, Vrzić S. Malprezentacija. U: Carski rez. Beograd. Metropolit Agency; 1998. pp.28-34.
- Hannah M, Hannah W, Hodnett E, et al. Outcomes at 3 Months After Planned Cesarean vs Planned Vaginal Delivery for Breech Presentation at Term. The International Randomized Term Breech Trial. JAMA 2002; 1822-1831.
- Filipović S, Nikolić T, Cakić Z, Dimitrijević B. Karlična prezentacija ploda- izazov i rizik savremenog akušerstva. 52. Ginekološko akušerska nedelja Srpskog lekarskog društva, Zbornik radova. Beograd 2008. 137-140.
- LM Hopkins, T Esakof, MS Noah, DH Moore, GF Sawaya, RK Laros Jr. Outcomes associated with cesarean section versus vaginal breech delivery at a university hospital. Journal of perinatology. 2007; 141-146.
- Babović I, Opalić J, Petronijević M, Jovanović N, Mladenović-Bogdanović Z, Momčilov P. Breech presentation and perinatal morbidity and mortality- cesarean section versus vaginal breech delivery. XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. Santiago, Chile. 2003; 83 FC4.16.7 (Suppl 3) pp51-52.
- Opalić J, Babović J, Petronijević M, Bogdanović Z, Vrzić S, Jovanović N, and Momčilov P. Breech presentation-The Challenge and Risk of Modern Obstetrics. The Third World Congress on Controversies in obstetrics gynecology & infertility. Washington D.C. (USA). Monduzzi Editore S.p.A. 2002; pp47-51.
- Jadoon S, Jadoon SHK, Shah R. Maternal and neonatal complications in term breech delivered vaginally. Bolan Medical Complex Hospital, Quetta. J Coll Physicians Surg Pac Sep 2008; 18: 555-558.
- Đorđević G, Đorđević M, Jovanović B, Pantović V. Pelvimetrijske mere i body mass indeks kod karličnih porođaja. Acta Medica Medianae. 2008. 47: 35-38.
- Izetbegović S. Breech presentation and delivery procedure. Ginekološko-Akuserska klinika, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu. Med.Arh. 2006. 60:401-402.
- Robilio PA, Boe NM, Danielsen B, Gilbert WM. Vaginal vs. cesarean delivery for preterm breech presentation of singleton infants in California: a population-based study. Department of Obstetrics and Gynecology, University of California, Davis, and Health Information Solutions, Rocklin, USA. J Reprod Med. 2007; 473-479.
- Vranjes M, Habek D. Perinatal outcome in breech presentation depending on the mode of vaginal delivery. Fetal diagnosis and therapy. Comparative Study; Journal Article Department of Gynecology and Obstetrics, Clinical Hospital, Osijek. Croatia. 2008; pp54-59.