



Тазовое предложение:
альтернативы



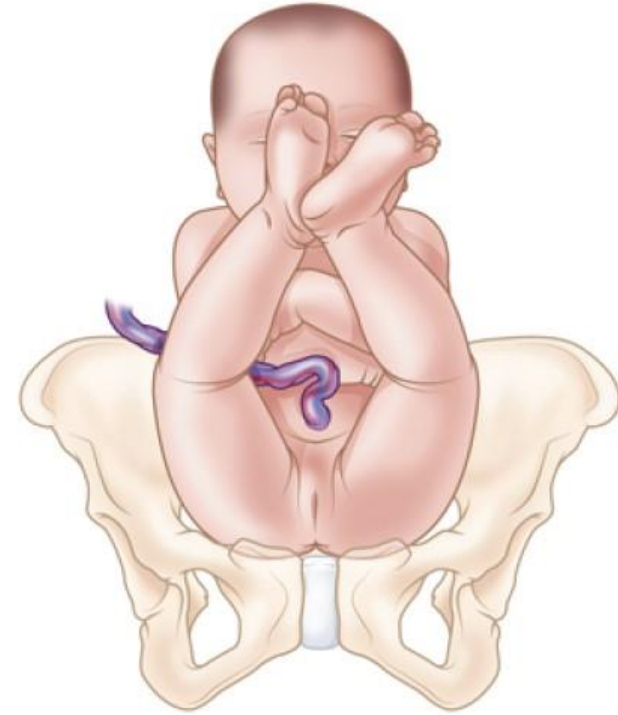
**Смешанное ягодичное
предлежание**

Ягодицы ребенка внизу,
ноги согнуты в коленях и
прижаты к груди.



Ножное предлежание

Одна или обе ноги малыша
расположены ниже его
ягодиц



Чисто ягодичное предлежание

Ягодицы ребенка внизу, его
бедро прилегают к груди, а
ступни - к ушам. Большинство
младенцев в тазовом
предлежании расположены
именно так.

Альтернативы:

- Наружный акушерский переворот
- Альтернативные методы для переворота (полынные сигары, постуральная гимнастика, гипноз и др.)
- Вагинальные тазовые роды
- Плановое кесарево сечение

Articles

Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial

Mary E Hannah, Walter J Hannah, Sheila A Hewson, Ellen D Hodnett, Saroj Saigal, Andrew R Willan, for the Term Breech Trial Collaborative Group*

Summary

Background For 3–4% of pregnancies, the fetus will be in the breech presentation at term. For most of these women, the approach to delivery is controversial. We did a randomised trial to compare a policy of planned caesarean section with a policy of planned vaginal birth for selected breech-presentation pregnancies.

Methods At 121 centres in 26 countries, 2088 women with a singleton fetus in a frank or complete breech presentation were randomly assigned planned caesarean section or planned vaginal birth. Women having a vaginal breech delivery had an experienced clinician at the birth. Mothers and infants were followed-up to 6 weeks post partum. The primary outcomes were perinatal mortality, neonatal mortality, or serious neonatal morbidity; and maternal mortality or serious maternal morbidity. Analysis was by intention to treat.

Findings Data were received for 2083 women. Of the 1041 women assigned planned caesarean section, 941 (90.4%) were delivered by caesarean section. Of the 1042 women assigned planned vaginal birth, 591 (56.7%) delivered vaginally. Perinatal mortality, neonatal mortality, or serious neonatal morbidity was significantly lower for the planned caesarean section group than for the planned vaginal birth group (17 of 1039 [1.6%] vs 52 of 1039 [5.0%]; relative risk 0.33 [95% CI 0.19–0.56]; $p < 0.0001$). There were no differences between groups in terms of maternal mortality or serious maternal morbidity (41 of 1041 [3.9%] vs 33 of 1042 [3.2%]; 1.24 [0.79–1.95]; $p = 0.35$).

Interpretation Planned caesarean section is better than planned vaginal birth for the term fetus in the breech presentation; serious maternal complications are similar between the groups.

Lancet 2000; **356**: 1375–83
See Commentary page 1368

*Members listed at end of paper

Department of Obstetrics and Gynaecology, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre (M Hannah MSc, W Hannah MSc); Maternal Infant and Reproductive Health Research Unit, Centre for Research in Women's Health, (M Hannah, S Hewson BA, E Hodnett MSc, A Willan MSc) and Faculty of Nursing (E Hodnett), University of Toronto, Toronto; and Departments of Paediatrics (S Saigal MSc) and Clinical Epidemiology and Biostatistics (A Willan, M Hannah), McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada

Correspondence to: Dr Mary E Hannah, University of Toronto, Maternal Infant and Reproductive Health Research Unit, Centre for Research in Women's Health, Toronto, Ontario M5G 1N8, Canada (e-mail: mary.hannah@utoronto.ca)

Introduction

About 3–4% of all pregnancies reach term with a fetus in the breech presentation.¹ Data from previously published cohort studies have shown that, in general, planned caesarean section is better than planned vaginal birth for the fetus that presents as a breech at term.^{2,3} These studies are potentially biased, however, because women were not allocated to the different modes of delivery at random. Other concerns are that the studies might have included pregnancies that would not currently be considered for a trial of labour (eg, footling breech presentation [with the feet entering the birth canal ahead of any other part of the body]), and that clinicians undertaking vaginal breech deliveries may not have been experienced in the technique. Two randomised controlled trials and a Cochrane meta-analysis of these trials have not found planned caesarean section to be associated with substantial benefits for the fetus, but both trials had very small sample sizes.^{4,5}

There is a general consensus that planned caesarean section is better than planned vaginal birth for the delivery of the fetus in the breech presentation at term if the presentation is footling, if the fetus is compromised, if the fetus is large or has a congenital abnormality that could cause a mechanical problem at vaginal delivery, or if a clinician experienced in vaginal breech delivery is not available.⁶ However, for most breech fetuses at term, the best approach by which to deliver is controversial. Some clinicians believe a policy of planned caesarean section is best because of the results of observational studies, whereas others remain sceptical since there is no evidence from randomised controlled trials that perinatal outcome is improved with a policy of planned caesarean section. We undertook the Term Breech Trial to determine whether planned caesarean section was better than planned vaginal birth for selected fetuses in the breech presentation at term. The study was done in centres that could assure women having a vaginal breech delivery that an experienced clinician would be present at the birth.

Methods

Patients

Women were eligible for the trial if they had a singleton live fetus in a frank or complete breech presentation at term (≥ 37 weeks' gestation). Frank breech presentation was defined as hips flexed, knees extended; complete breech was defined as hips flexed, knees flexed, but feet not below the fetal buttocks. Women were excluded if there was evidence of fetopelvic disproportion, if the fetus was judged to be clinically large or to have an estimated fetal weight of 4000 g or more, if there was hyperextension of the fetal head, if the clinician judged

Term Breech Trial, 2000

ТВТ, ключевые моменты:

- Многоцентровое рандомизированное исследование
- 2083 участниц – 1041 рандомизированы в группу КС, 1042 в группу вагинальных родов
- Участвовали 26 стран, 121 медицинский центр
- Критерии включения: одноплодная беременность живым ребенком, в чисто ягодичном или смешанном предлежании, ≥ 37 н.б.
- Критерии исключения: признаки несоответствия размеров таза и ребенка, вес более 4000 г, переразгибание головки, врожденные аномалии/состояния, способные механически затруднить роды, противопоказания к вагинальным родам
- Оценивали: младенческую смертность и заболеваемость в первые 28 дней после рождения (родовые травмы, повреждения головного и/или спинного мозга, баллы по шкале Апгар менее 4 через 5 минут после родов, необходимость в ИВЛ, кормление через зонд более 4 дней и др.)
- Для матерей оценивали: материнскую смертность и заболеваемость в первые 6 недель после родов (кровотечение более 1,5 литров, переливание крови, гистерэктомия, повреждение шейки с захватом нижнего сегмента, гематомы промежности, инфекция матки и др.)

ТВТ, основные результаты:

	Группа КС (1041)	Группа вагинальных родов (1042)
Количество КС	90,4%	43,3%
Перинатальная смертность	3/1039 (0,3%)	13/1039 (1,3%)
Перинатальная заболеваемость	14/1039 (1,4%)	39/1039 (3,8%)
Материнская смертность и заболеваемость	41/1041 (3,9%)	33/1042 (3,2%)

ТВТ, наблюдение за детьми через 2 года:

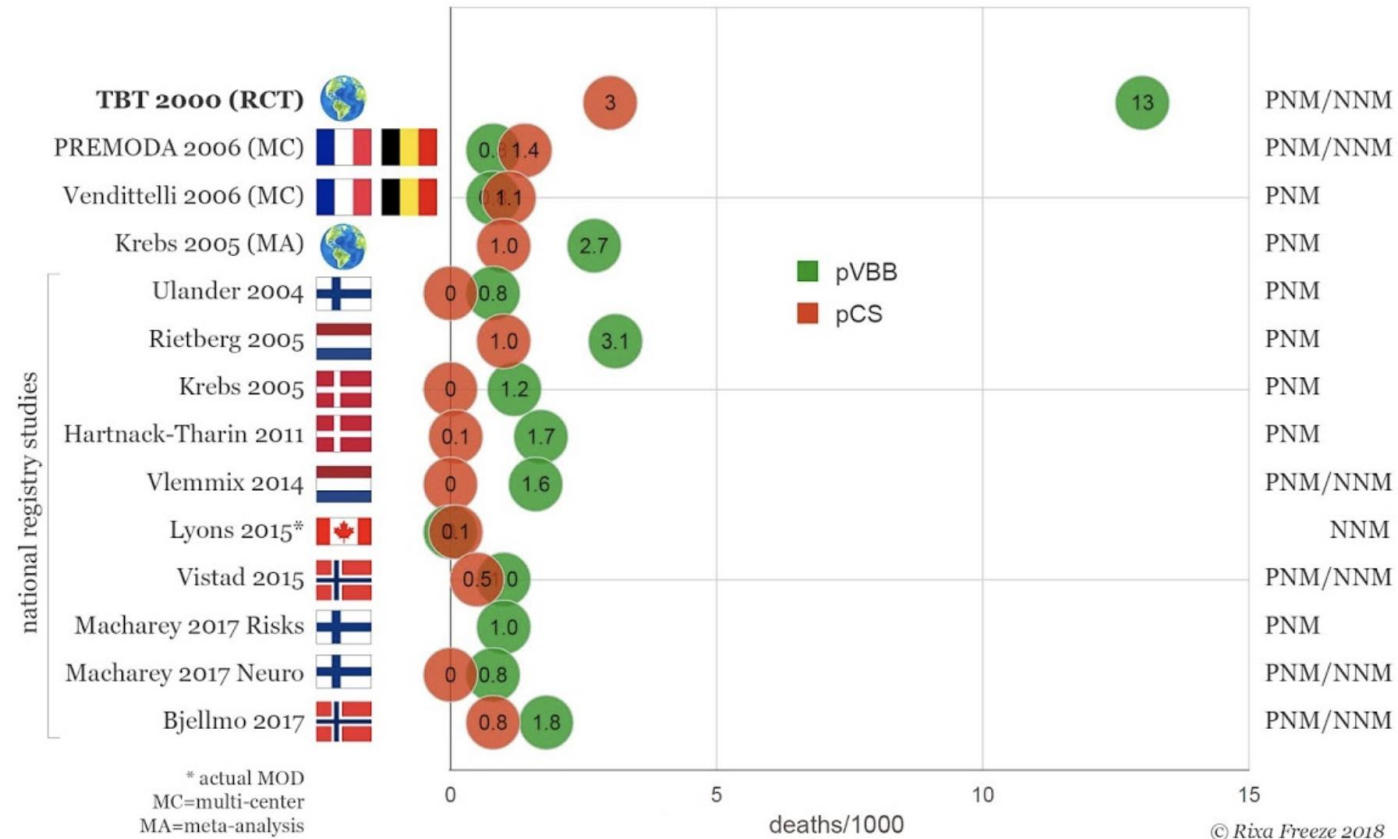
- 1159 детей родились в центрах, где проводится наблюдение через 2 года, 920 из них прошли соответствующую оценку развития
- Процедура оценки: в возрасте 23-25 месяцев родители заполняли опросник ASQ, в котором оценивались навыки коммуникации, грубые и тонкие моторные навыки, навыки принятия решений и социального общения.
- Общие баллы за опросник суммировались, если баллы оценки одного или нескольких навыков оказывались ниже нормы, результат считался аномальным и такие дети проходили дальнейшее обследование
- Оценивали: смертность в течение всего периода и задержку неврологического развития
- Не было найдено различий в частоте смерти или задержки неврологического развития для детей из разных групп (14 в группе КС (3,1%) и 13 в группе ВР (2,8%))

ТВТ, наблюдение за матерями через 2 года:

- 1159 матерей рожали в центрах, где проводится наблюдение через 2 года, 917 из них прошли соответствующую оценку состояния после родов
- Через 2 года после родов матери заполняли опросник, в котором оценивались: длительность грудного вскармливания, отношения с ребенком и с мужем/партнером, наличие проблем со здоровьем в течение 3-6 месяцев, предшествующих оценке
- Наличие депрессии оценивали по Эдинбургской шкале
- Не было найдено различий в частоте болей, недержания, проблем с мочеиспусканием, депрессией, усталостью, менструальными или сексуальными проблемами, депрессивными воспоминаниями о родах у матерей из разных групп (КС и вагинальные роды)
- В группе кесарева сечения частота запоров была выше

How does the 2000 Term Breech Trial compare to...

- 2 large multi-center studies ?
- 1 meta-analysis ?
- 10 national registry studies ?



Критика ТВТ

- Небольшая длительность
- Включение в исследование стран с низким уровнем развития медицины, большая гетерогенность в способах ведения родов
- Дети с аномалиями развития и умершие до родов, были включены в группу ВР
- Заболевания детей были кратковременны или ошибочно диагностированы
- Отсутствие четких критериев для определения квалификации персонала
- В ходе исследования менялась тактика ведения вагинальных родов

Критика ТВТ

- 6 умерших младенцев весили менее 2500 г, наименьший вес – 1150 г
- Рандомизация в группы проходила без учета желаний женщин
- Большое количество женщин были включены в исследование на активной стадии родов
- В исследование вошли 2 пары близнецов
- Большинство младенческих смертей не могут быть объяснены типом родов
- Критерием включения были чисто ягодичное или смешанное предлежание, однако в результатах встречаются и ножные и неопределенные варианты

Fahy, 2011

Table 1 What is a vaginal breech birth?

Meaning in the Term Breech Trial ⁵	Midwifery meaning ³
– Induction and augmentation of labour allowed – Woman usually nil by mouth – Intermittent (15 min) auscultation of FHR or continuous CTG – Use of EDB and other drugs allowed – Woman usually supine during labour and birth – Assisted breech delivery requiring no participation from the woman; including 'gentle' traction once the body born to umbilicus, controlled delivery of the head using forceps or Maurice-Smellie-Veit manoeuvre – Total breech extraction was forbidden	– Spontaneous onset of labour – Woman in a warm safe environment – Known, skilled birth attendants – No drugs are used – Woman eats and drinks in labour – Woman active throughout – Woman upright or semi-upright for birth – Spontaneous birth of the baby 'hands off the breech' – No traction, no matter how 'gentle' – Controlled delivery of the head by supporting the baby's body and working with maternal effort.

Ограничения РКТ на примере ТВТ

- Неточная рандомизация: двойни; дети, умершие до начала родов; дети с врожденными мальформациями; дети с задержкой роста – вошли в статистику и повлияли на результаты
- Невозможность случайно распределить всех подходящих пациентов: из разных центров, принявших участие в исследовании, в него вошли от 1 до 215 пациентов. Скорее всего, это были не все подходящие пациенты.

Исследование во Франции и Бельгии (2006)

- Во Франции 51,2% женщин выбирают вагинальные роды при тазовом предлежании, 65,1% из них рожают вагинально
- Обсервационное исследование в 138 центрах Франции и 36 в Бельгии, 2001-2002 гг
- В исследование вошли все женщины, которые родили детей в тазовом предлежании за время проведения исследования, на сроке более 37 недель (одноплодная беременность) – 8105 женщин
- 5579 женщин (68,8%) выбрали ПКС, 2526 женщин (31,2%) выбрали плановые вагинальные роды (из них 1796 (71%) родили вагинально).
- Акушерская тактика на время исследования не изменялась

Исследование во Франции и Бельгии (2006)

- В исследовании оценивали младенческую и неонатальную смертность в течение 28 дней после родов и заболеваемость (родовые травмы, судороги, низкие баллы по шкале Апгар, ИВЛ в течении 24 часов или более, необходимость в кормлении через зонд более 4 дней, пребывание в ПИТ более 4 дней)
- Не было найдено различий между группами в частоте младенческой смертности и заболеваемости – 40 (1,6%) в группе ВР и 81 (1,45%) в группе КС
- Выводы: вагинальные роды – безопасный выбор при тазовом предлежании, при условии соблюдения критериев отбора

Когортное исследование в Норвегии, 2017

- В Норвегии около трети женщин рожают вагинально при тазовом предлежании.
- Оценивали исходы для 520047 детей, рожденных в тазовом (16700) и в головном (503347) предлежании в период с 1999 по 2009 год
- Частота мертворождений составила 0,16% для головного предлежания и 0,28% для тазового
- Частота младенческой смертности составила 0,05% для головного предлежания и 0,08% для тазового

Когортное исследование в Норвегии (2017)

- Вагинальные тазовые роды и КС при тазовом предлежании были связаны с более высоким риском младенческой смертности в сравнении с вагинальными родами в головном предлежании. Для церебрального паралича различий не было
- Поскольку абсолютный риск этих осложнений остается низким, и учитывая риски для здоровья детей после КС и для последующих беременностей, вагинальные тазовые роды могут быть вариантом выбора при условии компетентной акушерской поддержки и соблюдении строгих критериев отбора

Мета-анализ (2015)

- 27 исследований с общей численностью женщин 258953 из Европы, Австралии, Азии, США и Тринидад
- Ретроспективные и проспективные исследования
- Авторы 17 исследований пришли к выводу, что вагинальные тазовые роды являются безопасным выбором при условии соблюдения строгих критериев отбора
- Авторы 10 исследований заключили, что ПКС является более безопасным выбором при тазовом предлежании

Мета-анализ (2015)

	Плановые вагинальные роды	Плановое кесарево сечение
Общая перинатальная смертность	0,3%	0,05%
Родовые травмы	0,7%	0,17%
Менее 7 баллов по шкале Апгар	2,4%	0,3%
Асфиксия	3,3%	0,6%
ПИТ	4,6%	2,5%
Неврологические осложнения	0,7%	0,1%

Тазовые роды дома (2018)

- Ретроспективное когортное исследование исходов домашних родов и родов в родильных центрах для тазового и головного предлежания, в условиях сопровождения одним и тем же акушером
- В исследование вошли 60 женщин с тазовым и 109 с головным предлежанием
- Перевод в родильный центр потребовался в 16,7% случаев с тазовым предлежанием и в 6,4% с головным
- Критерии отбора для тазовых домашних родов: чисто ягодичное или смешанное предлежание, отсутствие переразгибания головки малыша, вес ребенка от 2250 до 4300 г, нормальные размеры таза, отсутствие врожденных аномалий, спонтанные роды без индукции и стимуляции, мотивированные и осведомленные родители, устойчивость к родам

Тазовые роды дома (2018)

	Тазовые роды	Головное предлежание
Разрывы промежности	37,5%	44%
Эпизиотомия	12,5%	11,0%
Менее 7 баллов по Апгар на 1 минуте	40%	7,8%
Менее 7 баллов по Апгар на 5 минуте	7,5%	3,3%
Кровопотеря более 500 мл	10%	16,2%
Кровопотеря более 1000 мл	0	6,6%
Кесарево сечение	16%	2,9%

Наружный акушерский переворот

- Средняя частота успешных переворотов составляет 58%, общая частота осложнений – 6%, серьезных осложнений (отслойка плаценты или мертворождение) – 0,24% по данным Grootscholten et al., 2008
- Переворот на сроке 34-37 недель не снижает риск КС, но может увеличить риск преждевременных родов и повысить вероятность того, что ребенок будет в головном предлежании на момент родов (Hutton et al., 2011)
- При использовании токолитиков на 68% повышалась вероятность того, что ребенок будет в головном предлежании на момент родов, а также на 23% уменьшался риск кесарева сечения (Cluver et al., 2015)
- При использовании эпидуральной или спинальной анестезии в сочетании с токолитиками на 39% повышались шансы на успешный переворот малыша (Cluver et al., 2015)
- Факторы, связанные с более высокими шансами на успех: опыт вагинальных родов (33% успеха для первых родов и 61% для последующих), малыш не фиксирован в тазу, легко прощупывается голова при пальпации (Hutton et al., 2017)

Моксы + акупунктура, RCT (2004)

- 226 женщин, 114 рандомизированы в контрольную группу наблюдения, 112 – в группу применения моксов и акупунктуры
- В контрольной группе количество детей в головном предлежании на момент родов было меньше (37,7% в сравнении с 53,6%)
- Частота кесарева сечения была меньше в группе применения моксов и акупунктуры – 52,3% в сравнении с 66,7% в контрольной группе

Полынные сигары, систематический обзор (2009)

- 10 РКИ с 2090 участниками и 7 ККИ с 1409 участниками
- Сравнивали применение моксов, акупунктуры и стимуляцию активных точек другими методами с отсутствием лечения или применением коленно-локтевой позы
- Моксы в сравнении с отсутствием лечения чаще приводили к перевороту ребенка в головное предлежание, но не показали различий в сравнении с коленно-локтевой позой
- Сравнение моксов и применения коленно-локтевой позы не показало статистических различий
- Моксы в комбинации с другими терапевтическими методами показали значительные положительные эффекты
- Лазерная стимуляция активных точек показала большую эффективность, чем коленно-локтевая поза с вращением таза
- Лазерная стимуляция точки BL67 была более эффективна, чем коленно-локтевая поза

Полынные сигары, систематический обзор (2012)

- 8 исследований, 1346 женщин
- Моксы в сравнении с акупунктурой чаще приводили к перевороту ребенка в головное предлежание
- Моксы в комбинации с акупунктурой чаще приводили к перевороту ребенка в головное предлежание и к более низкому риску КС в сравнении с отсутствием лечения
- Моксы в комбинации с постуральной гимнастикой чаще приводили к перевороту ребенка в головное предлежание, чем только постуральная гимнастика