الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جـــــامعة دمشق– كلية الطـب البشري

قسم التوليد وأمراض النساء

المجيئات المعيبة ونتائجها الوليدية والوالدية: دراسة حشدية

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في التوليد وأمراض النساء

إعداد طالبة الدراسات العليا

نور الشربعي

بإشراف

الدكتورة: ميادة رومية

الأستاذة في قسم التوليد وأمراض النساء

من كلية الطب البشري – جامعة دمشق

2023 م

نُوقِشت هذه الرسالة وأُجِيزت بتاريخ / /2023 م

لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة

Apporval

السيد الأستاذ الدكتور عميد كلية الطب البشري في جامعة دمشق

بعد الاطلاع على النسخة المُعدَّلة المُقدَّمة من قبل طالبة الدراسات العليا: **نور الشربعي** تبين أنه تقيدت بكل الملاحظات وأجرت كل التصويبات المطلوبة.

أعضاء لجنة الحكم:

الدكتورة ميادة رومية: الأستاذة الدكتورة في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – مشرقاً.

الاسم : أ.د. ميادة رومية

الدكتور صلاح شيخة: الأستاذ الدكتور في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الاسم : أ.د. صلاح شيخة

الدكتورة ديمة عدوان: الأستاذة الدكتورة في قسم التوليد وأمراض النساء، كلية الطب البشري، جامعة دمشق – عضواً.

الاسم : أ.د. ديمة عدوان

تصريح خطي

أنا الموقعة أدناه أصرح بعلمي الكامل وقبولي:

1- أن كل ما ينتج عن البحث والأطروحة هو ملكية فكرية ومالية بالتشارك مع جامعة دمشق، وإنني ألتزم بأخذ موافقة الجامعة في حال رغبتي بنشر البحث أو الأطروحة أو جزءاً منها نصاً أو مضموناً خارج إطار الجامعة (من دور نشر أو مكتبات أو مواقع الكترونية وغيرها من وسائل النشر).

2- أنه لا يوجد أي جزء من هذه الأطروحة مقتبس من عمل علمي آخر أو أُنجِزَ للحصول على شهادة أخرى في جامعة دمشق أو أية جامعة أو معهد تعليمي داخل الجمهورية العربية السورية أو خارجها.

الاسم والتوقيع:

نور الشربعي

شهادة المشرف

نشهد بأن العمل الموصوف في هذه الرسالة أو الأطروحة نتيجة عمل قامت به المُرشَّحة **نور الشربعي** تحت إشراف الأستاذة الدكتورة **ميادة رومية** جامعة دمشق- كلية الطب البشري – قسم التوليد وأمراض النساء، وأية مراجع أخرى بُحِثَت في هذه الرسالة مُوثّقة في النص.

المشرف

الأستاذة الدكتورة ميادة رومية

شكر وتقدير Acknowledgment

أتقدّم بخالص الشكر والعرفان لكلّ من أشعل شمعة في دروب عملنا وإلى من وقف على المنابر وأعطى

حصيلة فكره لينير عقولنا

فوجب علينا شكرهم و نحن نخطو خطواتنا الأولى في غمار الحياة

الشكر **لأعضاء الهيئة التدريسية** في قسم التوليد و أمراض النساء.

الشكر المخصوص **للأستاذة الدكتورة ميادة رومية** لتفضلها بالإشراف على انجاز هذا البحث العلمي.

الشكر **للأستاذ الدكتور صلاح شيخة،** الذي تفضل مشكوراً بالمشاركة في لجنة الحكم على هذا البحث ، وقدم نصائحه وملاحظاته بكامل المحبة والدعم ، ولم يبخل بمساعدة أو معلومة ،لك مني كل الشكر و الاحترام و التقدير.

الشكر **للأستاذة الدكتورة ديمة عدوان** التي تفضلت مشكورة بالمشاركة في لجنة الحكم على هذا البحث ،وقدمت نصائحها وملاحظاتها بكامل المحبة والدعم ، ولم تبخل بمساعدة أو معلومة ، لك مني كل الشكر و الاحترام و التقدير.

الشكر للعاملين في الجهاز الطبي و الكادر التمريضي و الجهاز الفني والإداري في هيئة المشفى.

Table of Contents فهرس المحتويات

القسم	الصفحة
الملخص	
الجزء التمهيدي:	1
1- المقدمة	1
2- المشكلة البحثية	1
3- هدف البحث وأهميته	2
4- حدود البحث	3
5- مناهج البحث وأدواته	3
6- مكونات البحث	8
الجزء الأول: القسم النظري	10
تعاريف-المخاض الطبيعي-الولادة المهبلية-المجيء القمي: الأول: المخاض الفصل	11
1-1- تمهيد.	11
1-2- المقدمة.	11
1-3- الحوض.	11
1-4- جمجمة الجنين.	14
1-5- الجنين.	15
1-6- المخاض الطبيعي.	17
1-7- العناية المباشرة بالوليد.	18
1-8- الولادة المساعدة بالأعمال الجراحية.	19
1-9- الموجز.	20
الفصل الثاني: المجيء المقعدي.	21
2-1- التمهيد	21
2-2- المقدمة.	21

2-3- أصناف المجيء المقعدي.	21
2-4- الأهمية.	23
2-5- الانتشار.	23
2-6- الإمراضية.	24
2-7- عوامل الخطورة.	24
2-8- نكس المجيء المقعدي.	25
2-9- الموجودات السريرية.	25
2-10- التشخيص.	27
2-11- التدبير.	28
2-12- الموجز.	31
الفصل الثالث: المجيء المعترض.	32
3-1- التمهيد.	32
3-2- المقدمة.	32
3-3- الانتشار.	33
3-4- الآلية الإمراضية وعوامل الخطر.	33
3-5- الاختلاطات.	34
3-6- التظاهرات السريرية والتشخيص.	35
3-7- التدبير والولادة.	37
3-8- الموجز.	40
الفصل الرابع: المجيء الوجهي والمجيء الجبهي	41
4-1- التمهيد.	41
4-2- المقدمة.	41
4-3- الانتشار.	42
4-4- الأهمية السريرية.	42

4-5- عوامل الخطورة.	43
4-6- المجيء الوجهي.	44
4-6-1- التعريف.	44
4-6-2- التشخيص.	44
4-6-3- تدبير المخاض والولادة.	45
4-6-4- النتائج الوليدية.	47
4-7- المجيء الجبهي.	48
4-7-1- التعريف.	48
4-7-2- التشخيص.	48
4-7-3- المخاض والولادة.	49
4-8- الموجز	49
الفصل الخامس:الدراسات المرجعية	50
5-1- التمهيد.	50
5-2- دراسة دوفي وزملاؤها2018 في أمريكا .	50
5-3- دراسة Tasneem وزملاؤها في الهند 2018.	51
5-4- دراسة S.Shruthi وزملاؤها في الهند 2020 .	51
الجزء الثاني: القسم العملي	53
الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه	51
1-1- التمهيد.	54
1-2- هدف البحث.	54
1-3- مواد وطرائق البحث.	54

1-3-1- تصميم الدراسة	54
1-3-2- عينة الدراسة	55
1-3-3- طريقة العمل	55
1-4- الاعتبارات الأخلاقية.	57
1-5- حجم العينة.	58
1-6- المفاهيم والاعتبارات	59
استمارة البحث	60
الموافقة المستنيرة	61
1-7- طرق التحليل الإحصائي	62

الفصل الثاني: نتائج البحث	62
2-1- تمهيد	63
2-2- خصائص المشاركات في البحث	63
2-3- عدد الولادات السابقة.	63
2-4- العمر الحملي للجنين.	64
2-5-توزع العينة حسب نمط الولادة.	65
2-6-أبغار الوليد.	65
2-7-الحاجة للقبول في وحدة العناية المشددة.	67
2-8-أسباب قبول الوليد بوحدة العناية المشددة.	68
2-9-الاختلاطات الوالدية.	69
2-10-تصنيف حدوث الاختلاطات من حيث المجيء.	70
2-11- الموجز.	72
الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العالمية المُشَابهة	73

3-1- التمهيد.	73
3-2- لمحة موجزة عن دراسات المقارنة.	73
3-3- المقارنة من حيث العمر الحملي.	74
3-4- المقارنة من حيث عدد الولادات.	76
3-5- المقارنة من حيث نمط الولادة.	77
3-6- المقارنة في الاختلاطات.	79
3-7- الموجز	81
الفصل الرابع: مناقشة النتائج	82
الجزء الثالث: الخاتمة	87
1. التمهيد.	88
2. المحددات والمعوقات.	88
3. الخلاصة والتوصيات.	88
4. الموجز.	89
References المراجع	90
English Abstract الملخص باللغة الانكليزية	96

List of Tables قائمة الجداول

اسم الجدول ورقمه	الصفحة
جدول (2-1): التكرار والنسب المئوية لعدد الولادات السابقة لمجموعات البحث.	64
جدول (2-2): التكرار والنسب المئوية لمجموعات البحث وفقاً للعمر الحملي.	64
جدول (2-3): التكرار والنسب المئوية لنمط الولادة لدى مجموعات البحث	65
جدول (2-4): التكرار والنسب المئوية لمشعر أبغار حسب الولادة المهبلية لدى مجموعات البحث	66
جدول (2-5): التكرار والنسب المئوية لمشعر أبغار حسب الولادة القيصرية لدى مجموعات البحث	66

جدول (2-6): التكرار والنسب المئوية للقبول بالعناية المشددة وفقاً لمجموعات المجيء ونمط الولادة	67
جدول(2-7): أسباب قبول الولدان في العناية المشددة حسب مجموعات البحث.	68
جدول(2-8): التكرارات والنسب المئوية للاختلاطات الوالدية حسب المجيء	69
جدول(2-9): التكرار والنسب المئوية للاختلاطات المجيء المعيب وفقاً لنمط الولادة.	70
جدول (2-10): التكرار والنسب المئوية لاختلاطات المجيء النظامي وفقاً لنمط الولادة.	71
الجدول (3-1): لمحة عن دراسات المقارنة.	73
الجدول (3-2): المقارنة من حيث العمر الحملي .	74
الجدول (3-3): المقارنة من حيث عدد الولادات.	76
الجدول (3-4): المقارنة من حيث نمط الولادة .	77
الجدول (3-5): المقارنة من حيث موت الوليد و الحاجة للقبول بوحدة العناية المشددة .	79
الجدول (3-6): المقارنة من حيث الاختلاطات الوالدية .	80

قائمة الأشكال List of Figures

اسم الشكل ورقمه	الصفحة
الشكل (2-1): أنماط المجيء المقعدي	22
(الشكل 3-1):المجيء المعترض	32
الشكل 3-2: مناورات ليوبولد	36
الشكل 4-1:المجيء الوجهي	41

جدول المصطلحات والاختصارات الطبية Table of Abbreviations

الشرح	الاختصار
العملية القيصرية Cesarean Section	CS
التحويل بالأعمال الخارجية External Cephalic Version	ECV

الملخص

خلفية البحث:

تعتبر العملية القيصرية من أشيع العمليات في مجال التوليد على مستوى العالم، و تأتي أهمية العملية القيصرية من كونها منقذة لكل من الأم والجنين ولكن هذا الإجراء يترافق مع عدد من النتائج السلبية على المستوى القريب والبعيد.

إن لطريقة إغلاق جدار البطن وخطواتها تأثير على النتائج القريبة والبعيدة للعمل الجراحي حيث درست العديد من الأبحاث السريرية دور إغلاق صفاق البطن والعضلات البطنية وتأثيرها على نتائج العمل الجراحي.

هدف البحث:

يهدف البحث إلى مقارنة النتائج قريبة المدى لإغلاق الصفاق وعدم إغلاقة أثناء العملية القيصرية.

مواد البحث وطرائقه:

دراسة حشدية مستقبلية **prospective cohort study**، أجريت في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق في الفترة ما بين 2022/03/29 إلى 2023/03/29، حيث اشتملت على 200 حالة من السيدات الحوامل حيث سيتم تقسيم العينة إلى مجموعتين ،تضم المجموعة الأولى 100 سيدة بمجيء نظامي (قمي)بينما تضم المجموعة الثانية 100 سيدة بمجيء معيب تم إجراء فحص سريري وصدوي للسيدات مع متابعة المتغيرات المراد دراستها، ومن ثم عولجت البيانات ضمن البرنامج الإحصائي التحليلي (SPSS) للوصول إلى النتائج المرجوة.

النتائج:

بالمقارنة بين المجموعتين ، لم نلاحظ اي تأثير لكل من عمر السيدة والعمر الحملي وعدد الولادات السابقة على نتائج الدراسة، ولدت أغلب المجيئات المقعدية بالطريقة القيصرية وبنسبة 82.6% في حين ولدت كل المجيئات المعترضة والوجهية والجبهية بالطريقة القيصرية وبالمقابل ولدت أغلب المجيئات النظامية مهبلياً مما يدل أن لنمط المجيء تأثير في نمط الولادة. وجدنا أن الولادة المهبلية للمجيء المقعدي عامل خطر لولادة أجنة بمشعر أبغار منخفض وكذلك المجيء المعيب هو عامل خطر لحدوث النزف عقب الولادة(العطالة الرحمية) سواءً بالولادة المهبلية أو القيصرية ولارتفاع نسبة القيصرية الإسعافية وزيادة مدة الاقامة في المشفى.

الاستنتاجات: تفضل الولادة القيصرية للمجيئات المعيبة (المقعدية ، المعترضة، الجبهية ، الوجهية) حيث نسبة الاختلاطات فيها أقل مقارنة بالمهبلية .

كلمات رئيسية (مفتاحية): المجيء المعيب ، الولادة المهبلية، الولادة القيصرية.

الجزء التمهيدي:

1- المقدمة:

تترافق المجيئات المعيبة مع زيادة في المراضة والوفيات الوالدية والجنينية [1]، وإن التدبير الناجح للمخاض والولادة كان ولايزال تحدياً يواجه الطبيب المولد في سائر أرجاء العالم، وينجم هذا التحدي عن إمكانية التنبؤ بالاختلاطات ومنع حدوث الأذيات لدى الأم أو الجنين أو كلاهما [2].

إن حمول المجيئات المعيبة تعد حمولاً عالية الخطورة لما قد ينجم عنها من شذوذات في المخاض وزيادة في الاختلاطات المهددة لحياة الجنين والأم وزيادة في نسبة القيصريات لذلك هي بحاجة إلى الدراسة المستفيضة والفهم الدقيق لأنها ليست بالمشكلة قليلة الحدوث [3].

2- المشكلة البحثية:

- تعد طريقة تدبير بعض حالات المجيئات المعيبة ووقته وما يترتب على ذلك من اختلاطات وتأثيرات جانبية على كل من الأم وجنينها موضع جدل في بعض الأحيان، وبالتالي فإن معرفة الطريقة المثلى والأقل ترافقاً بالاختلاطات التي تترافق بأفضل النتائج هدف مهم لمسؤولي الرعاية الصحية.
- جرت مراقبة العديد من حالات المجيئات المعيبة والمجيئات النظامية ودراستها والمقارنة بينها من أجل تحديد الطريقة الأفضل في التدبير حسب كل حالة.

3-تساؤلات البحث:

1. هل يفيد تقييم النتائج الوالدية والوليدية لتوليد المجيئات المعيبة وتحديد نسبة الاختلاطات ومقارنتها بالمجيء النظامي في تقليل نسبة المراضة والوفيات الوالدية والوليدية؟
2. ما هي طريقة الولادة المفضلة والأقل اختلاطاً في حال المجيئات المعيبة؟

3. هل يفيد دراسة سير المخاض ومراقبته في المجئيات المعيبة ومقارنته بتطور المخاض في المجيئات النظامية في تقليل الاختلاطات ؟

4-فرضيات البحث:

طريقة تدبير المجيئات المعيبة المختلفة وولادتها والتي تترافق باختلاطات وتأثيرات جانبية أقل على كل من الأم وجنينها.

5- هدف البحث :

يهدف البحث إلى تقييم النتائج الوليدية والوالدية لتوليد الأجنة مع مجيء معيب ومقارنتها مع مجموعة الشواهد التي تضم الحالات بمجيء نظامي(قمي) من خلال:

- ✓ دراسة نوع الولادة المفضَل في كلا المجموعتين.
- ✓ دراسة المضاعفات ممكنة الحدوث في أثناء سير المخاض في مجموعتي الدراسة.
- ✓ دراسة النتائج الوليدية والوالدية.

6-أهمية البحث:

تختلف نسبة المجيئات المعيبة حسب الدراسات المختلفة، وإن العوامل المؤهبة لحدوث المجيئات المعيبة متعددة ومشتركة وتتفاوت أهميتها حسب كل نوع من أنواع المجيئات [1].

تختلف الأراء حول تدبير بعض المجيئات المعيبة وخاصة المجيء المقعدي فأقرت الACOG" الجمعية الأمريكية للنسائيين والمولدين" في 2001، أن الممارسة التوليدية أظهرت أن الولادة المهبلية لحمل مفرد مع مجيء مقعدي لم تعد مستطبة، وهو ما أدى إلى اتجاه الولايات المتحدة لتوليد المجيء المقعدي بواسطة العملية القيصرية [4] بينما في 2019 عدت الولادة المهبلية لحمل مفرد مع مجيء مقعدي احتمالاً يؤخذ بالحسبان مع شروط معينة [5].

تأتي أهمية دراستنا من كونها تقوم بدراسة المجيئات المعيبة ومراقبة تطور المخاض وطريقة الولادة الأقل اختلاطاً على الأم وجنينها ومراقبة النتائج وبالتالي تحديد عوامل الخطورة والتحضير المناسب لتدبير هذه الحالات المختلفة.

7- حدود البحث:

لا تتوفر إمكانيات متطورة في مراقبة الجنين مراقبة جيدة في اثناء تطور المخاض.

الحاجة لجمع عينة كبيرة من أجل الحصول على نتائج دقيقة.

ضعف القدرة على تطبيق الملقط والمحجم في بعض الحالات واللجوء إلى القيصرية.

ضعف القدرة على إجراء تجربة مخاض لبعض المجيئات المقعدية في بعض الحالات واللجوء إلى القيصرية مباشرةً.

8-مناهج البحث وأدواته:

❖تصميم الدراسة:

دراسة حشدية مستقبلية **prospective cohort study**، أجريت في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق ما بين 2022/03/29 إلى 2023/03/29، **وفق المعايير الآتية:**

❖معايير القبول:

1) موافقة المريضة.
2) حمل مفرد.
3) عمر الحمل أكبر أو يساوي 28 أسبوعاً حسب آخر دورة طمثية .
4) منسب السائل السلوي طبيعي.

❖**معايير الاستبعاد:**

1) الحمل المتعدد.
2) تشوهات جنينية.
3) أي عملية سابقة على الرحم.
4) موت محصول الحمل قبل بدء المخاض.
5) تشوهات رحمية (التشوهات الخلقية ، ورم ليفي رحمي،...).
6) المشيمة المنزاحة.
7) أمراض مزمنة عند الأم(ارتفاع التوتر الشرياني ،السكري ،فقر الدم الشديد،...).
8) ما قبل الإرجاج والسكري الحملي والاستسقاء السلوي.

❖**طريقة العمل:**

- بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد وأمراض النساء ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق.
- وأخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على استخدام موارد الهيئة.
- وبعد أخذ موافقة السيدات على الاشتراك في البحث واللواتي حققن معايير البحث أجري الآتي:
  - جمعت 200 سيدة للدخول بالدراسة و وزعن على مجموعتين :
    - المجموعة الأولى : تضم 100 سيّدة بحمل مفرد بمجيء نظامي(قمي).
    - المجموعة الثانية : تضم 100 سيّدة بحمل مفرد بمجيء معيب(غير قمي).
  - جرت الدراسة على السيدات الحوامل في شعبة المخاض العام و الخاص والمقبولات ممن حققن معايير الإدخال .
  - في البداية أخذت قصة مرضية مفصلة من السيدة وأجري الفحص السريري الشامل.

- أجري تصوير صدوي بالإيكو البطني لتحديد نوع المجيء (رأسي أو معترض أو مقعدي) ,وإجراء مس مهبلي لتحديد نوع المجيء الرأسي بحسب النقطة الاسكشافية (وجهي ،جبهي ،قمي) وقياسات الجنين والوزن المتوقع عند كل سيدة.
- اعتمد في تأكيد عمر الحمل في دراستنا على آخر موعد للدورة الطمثية LMP أو القياس الصدوي الموثوق المجرى قبل الأسبوع 12 من الحمل.
- أجري تحليل CBC وزمرة لكل سيّدة عند القبول قورنت قيم الخضاب قبل الولادة وبعدها لتحديد كمية الدم المفقودة عند كل سيّدة.
- تمت متابعة نمط الولادة المستخدم تبعاً لما تستوجبه الحالة مع تسجيل الاختلاطات الوالدية في حال حدوثها (تمزق الرحم، نزوف العطالة،...).
- كما قيم وزن الجنين والنتائج الجنينية الباكرة باستخدام مشعر أبغار لكلا نوعي الولادة المستخدم ،و قيمت علامات أبغار في الدقيقة الأولى وفقا لما يلي [6]:

علامات أبغار			
	النتيجة 0	النتيجة 1	النتيجة 2
المظهر العام (اللون)	زرقة معممة	زرقة يدين وقدمين	لون وردي
النبض	غائب أو أقل من 60\د	بين 60 –100\د	أكثر من 100\د
الاستجابة للتنبيه	لا يوحد استجابة	يقطب وجهه	يبكي ويسعل
المقوية العضلية	رخو	يثني الطرف	حركات نشيطة
التنفس	غائب	ضعيف أو غير منتظم	بكاء بصوت عال

- ✓ حيث كل قيمة تأخذ درجة (0 أو 1 أو 2) ليكون مجموع القيم 10 ، ويقيم الوليد على سلم مدرج من 0 إلى 10 درجات.

- ✓ وتُعَدّ النتيجة الإجمالية من 7-10 في 5 دقائق طبيعية ، ومن 4-6 متوسِّطة ، و من 0-3 منخفضة.
- ♦ بعد الانتهاء من جمع البيانات أدخلت إلى الحاسوب ودراست إحصائياً باستخدام برنامج SPSS الإحصائي واستخلاص النتائج.

9-الدراسات المرجعية:

☒ **دراسة دوفي وزملاؤها2018 [7]:** أجري بحث ضخم ضم 436,112سيدة في دراسة وصفية بين عامي 2010 و 2016 جمعت فيها البيانات من خلال مكتب تسجيل الشبكة العالمية لصحة الأم والوليد(MNHR) The Global Network's Maternal and Newborn Health Registry وجدت هذه الدراسة أن:

- ✓ 8872 حالة من الحالات المدروسة كانت بمجيء غير نظامي في وقت الولادة وهو مايقدر بنسبة2% ،مع ميل متساوي لحدوث المجيئات المعيبة عند الولودات والخروسات باستثناء المجيء المقعدي الذي يغلب ظهوره عند الخروسات، والمجيء المعترض الذي يكثر عند عديدات الولادة.
- ✓ نسبة اللجوء للولادة القيصرية في حالة المجيء المعيب كانت 63.6% .
- ✓ معدلات موت الجنين داخل الرحم والوفيات الوليدية في المجيئات المعيبة أكبر منها في المجيء القمي فبلغت 1\1000 و2\1000 على الترتيب .
- ✓ معدلات الاختلاطات والإجراءات الحادثة في أثناء المخاض عند السيدات خلال الولادة لمجيء معيب أكبر منها في حالة المجيء القمي 15.6%بالمقارنة مع 2.3%على الترتيب.
- ✓ معدلات الوفيات الوالدية في المجيئات المعيبة كانت أكبر منها في حالة المجيء القمي ولوحظت بنسبة أكبر في الولادة المهبلية عنها في الولادة القيصرية.

☒ **دراسة Tasneem وزملاؤها في الهند 2018 [8]:** أجريت هذه الدراسة التقدمية خلال مدة 18 شهراً وتضمنت عينة مؤلفة من 384 سيدة ولدن بمجيئات معيبة. هدفت هذه الدراسة لتقييم نتائج

المجيئات المعيبة المختلفة و ولدت حوالي 134 سيدة مهبلياً في حين ولدت 246 سيدة بالطريقة القيصرية.

أغلب حالات المجيئات المعيبة كانت مقعدية بنسبة 86% ومعترضة بنسبة 8.2% ووجهية بنسبة 4.2%. أظهرت هذه الدراسة أن المجيء المقعدي هو المجيء المعيب الأشيع وعلى الرغم من أن الولادة القيصرية تترافق بنتائج والدية جيدة كذلك لاحظنا أن الولادة املهبلية أيضاً تترافق بنتائج جيدة.

إن التشخيص المبكر للمجيء المعترض والجبهي متبوعاً بالولادة القيصرية بتمام الحمل يعطي نتائج جيدة.

☒ **دراسة S.Shruthi وزملائها في الهند 2020 [9]:** أجريت هذه الدراسة الترقبية من أكتوبر 2018 وحتى أيلول 2019 ، تضمنت عينة مؤلفة من 180 سيدة شخصن بمجيء معيب. كانت نسبة حدوث المجيئات المعيبة في هذه الدراسة حوالي 7.72% وأشيعها المجيء المقعدي بنسبة 4.385 والمعترض بنسبة 1.11% والوجهي 0.28% والجبهي 0.05%.

ووجد أنّ أشيع العوامل المؤهبة للمجيء المقعدي هو الخداج بينما كان أشيع العوامل المؤهبة للمجيئ المعترض تعدد الولادات.

لوحظ أشيع اختلاطات المجيئات المعيبة هو المخاض المسدود يليه النزف عقب الولادة.

التشخيص المبكر والتدبير بالوقت المناسب لحالات المجيئات المعيبة يقلل نسبة الاختلاطات ويجب أن تجرى الولادة المهبلية في حالة المجيئات المعيبة بمراكز متخصصة وبأيدي خبيرة مع وجود تجهيزات للولادة القيصرية عند الحاجة.

10- مكونات البحث:

يتكون البحث من ثلاثة أجزاء:

- **الجزء الأول:**

وهو القسم النظري، ويتحدث عن الإطار النظري لموضوع دراستنا وعن التعاريف الأساسية ليكون لدى القارئ الإلمام الكامل, **ويتكون هذا الجزء من خمسة فصول:**

- ✓ **الفصل الأول:**يتضمن هذا الفصل بعض التعاريف فيما يخص الحوض الأنثوي ووضعيات الجنين والمخاض والولادة المهبلية والاختلاطات المرافقة.
- ✓ **الفصل الثاني:** يتحدث هذا الفصل عن المجيء المقعدي وأسبابه ونتائجه واستراتيجيات تدبيره.
- ✓ **الفصل الثالث:** يتحدث هذا الفصل عن تقييم المجيء المعترض وطرق تدبيره.
- ✓ **الفصل الرابع:** يتحدث هذا الفصل عن المجيآن لوجهي والجبهي من حيث عوامل الخطورة وطرق التدبير والنتائج.
- ✓ **الفصل الخامس:**يحوي هذ البحث عدّة دراسات عالمية مشابهة لدراستنا والمقارنة بينها.

- **الجزء الثاني:**

ويتضمن القسم العملي وهو الإطار العملي لدراستنا والخطط التي اتبعناها خلال مدة الدراسة للوصول إلى النتائج الماثلة أمامكم, **ويتكون هذا الجزء من ستة فصول:**

- ✓ **الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه:** ويحوي خلفية البحث وأهميته، هدف البحث، مواد وطرائق البحث (تصميم الدراسة – عينة العينة – معايير الادخال والاستبعاد – طريقة العمل)، الاعتبارات الإخلاقية، حجم العينة، المفاهيم والمحددات، استمارة البحث العلمي المُستَخدمة، الموافقة المستنيرة، طرق التحليل الإحصائي المستَخدمة.

- ✓ **الفصل الثاني: نتائج البحث:** ويحوي عرض للنتائج الاحصائية التي وصلنا إليها في دراستنا.
- ✓ **الفصل الثالث: المقارنة مع الدراسات العالمية المُشَابهة:** ويحوي مقارنة نتائج دراستنا بنتائج الدراسات العالمية المُشَابهة.
- ✓ **الفصل الرابع: مناقشة النتائج:** ويحوي مراجعة للنتائج التي توصلنا لها في دراستنا ومقارنتها مع نتائج الدراسات العالمية المُشَابهة.
- ✓ **الفصل الخامس: المحددات والمعوّقات:** ويحوي معوّقات دراستنا ومحدداتها.
- ✓ **الفصل السادس: الخلاصة والتوصيات:** ويحوي خلاصة دراستنا والمقترحات المستقبلية للدراسات التي قد تُجرَى لاحقاً حول هذا الموضوع.

✶ **<u>الجزء الثالث:</u>**

وتحوي الاستنتاجات والصعوبات والتوصيات: ويحوي خلاصة ما وصلت إليه هذه الدراسة والمقترحات المستقبلية للدراسات اللاحقة حول هذا الموضوع.

الجزء الأول:

القسم النظري

الفصل الأول:

المخاض

تعاريف-المخاض الطبيعي-الولادة المهبلية-المجيء القمي

1-1-تمهيد:

سنتحدث في هذا الفصل عن بعض التعاريف فيما يخص الحوض الأنثوي ووضعيات الجنين والمخاض والولادة المهبيلية والاختلاطات المرافقة.

1-2-المقدمة:

المخاض هو سلسلة طبيعية من التبدلات الفيزيولوجية الواسعة التي تحدث في الأم للسماح بولادة الجنين عبر القناة التناسلية. ويعرف المخاض بأنه الامحاء والاتساع التدريجي في عنق الرحم الناتج عن تقلصات رحمية منتظمة تحدث كل 5 دقائق على الأقل وتدوم الواحدة منها لمدة 30-60 ثانية [10].

يتمثل عمل المولد بتوقع المشاكل التي يمكن أن تحدث للأم أو الجنين وتدبيرها.

ينبغي اتقاء الحذر عند اتخاذ القرار بالتدخل في المسار الطبيعي للمخاض، وذلك لأن أي تداخل قد يكون محفوفاً بالمخاطر بالرغم من الفوائد التي قد يحملها. وتشكل المراقبة عن كثب التدبير الأمثل في الغالبية العظمى من الحالات، واذا لزم الأمر فإن التداخل يجب أن يتم بحذر [10].

1-3-الحوض:

يتألف الحوض من أربع عظام: عظمين اللاسم لهما، العجز والعصعص. وتتصل مع بعضها بأربع مفاصل. العجزية الحرقفية والعجزية العصعصية وارتفاق العانة.

يقسم الحوض أعلى الخط الانتهائي وأسفله إلى حوض كاذب وحوض حقيقي.

الحوض الكاذب: يتألف من الأجزاء الحرقفية للعظم اللاسم له يحد الحوض الكاذب أجسام الفقرات في الخلف، الحفرة الحرقفية في الجهتين، وجدار البطن في الأمام. وليست له أهمية توليدية.

الحوض الحقيقي: هو الأهم توليدياً، يتألف من قناة عظمية تتشكل من العجز والعصعص في الخلف ومن الإسك والعانة في الأمام والجانبين وله عدّة مستويات وهي : المدخل، التقعير الحوضي، المخرج[10-11].

1. المدخل: تتحدد حواف مدخل الحوض بعرف العانة في الأمام، الخط الحرقفي المشطي لعظم الورك في الوحشي، وطنف العجز في الخلف.الشكل الأشيع (الحوض الأنثوي) يكون مُدّوراً، حيث القطر الأمامي الخلفي هو الأقصر.
2. التقعير الحوضي: يقع عند مستوى الخط الواصل بين منتصف الوجه الخلفي لارتفاق العانة ومنطقة الاتصال بين الفقرتين العجزيتين الثانية والثالثة ويدعى مستوى الأقطار الكبيرة. يحدث الدوران الداخلي لرأس الجنين عندما يحتل القطر بين الجداريين هذا المستوى الواسع من الحوض.
3. المخرج: يتشكل مخرج الحوض من مستويين مثلثيين يشتركان بقاعدة واحدة في مستوى الحدبتين الإسكيتين. تتمثل حدود المثلث الأمامي بالزاوية تحت العانية في الذروة، فرعي العانة في الجانبين، والقطر بين الحدبتين عند القاعدة. أما المثلث الخلفي فتتمثل حدوده بالمفصل العجزي العصعصي عند الذروة، الرباطين العجزيين الحدبيين في الجانبين، والقطر بين الحدبتين عند القاعدة.

1-3-1- أقطار الحوض:

1) القطر المفيد التوليدي لمدخل الحوض.
2) القطر بين الشوكتين السكيتين.
3) القطر بين الحدبتين السكيتين.
4) القطر الأمامي الخلفي في كل مستوى.
5) انحناء العجز وطوله.
6) الزاوية تحت العانة.

1-3-2- أشكال الحوض:[10-13]

- **الحوض الأنثوي:** يشكل 50 % من أشكال الحوض وهو الأشيع، يكون مضيقه العلوي دائرياً وتقعيره عريضاً وقليل العمق وقياس الزاوية تحت العانة أكثر من 90 درجة، بينما يكون الشوكان الوركيان غير متبارزين ومتباعدين والقطر بين الشوكين واسعاً وجدرانه الجانبية عمودية والعجز مقعراً.
- **الحوض الذكري:** يشكل حوالي 30% من أشكال الحوض، يكون مضيقه العلوي مثلثياً وتقعيره عميقاً وضيقاً وقياس الزاوية تحت العانة أقل من 70 درجة بينما يكون الشوكان الوركيان متبارزين ومتجهين للداخل والقطر بين الشوكين متناقصاً وجدرانه متقاربة نحو الاسفل
- **الحوض القردي:** يشاهد الحوض القردي في القرود. وهو يصادف في حوالي 20 % من الإناث و يتميز بأنّ القطر الأمامي الخلفي أكبر بكثير من القطر المعترض، مما يعطي مدخل الحوض شكلاً بيضوياً ضيقاً ومتطاولاً وتكون الجدران الجانبية غير متقاربة والشوكتان الإسكيتان غير بارزتين ولكنهما قريبتان من بعضهما و يتفاوت انحناء العجز،

ولكنه عادة ما يتجه نحو الخلف وتكون الثلمة العجزية الإسكية واسعة والقوس تحت العانة ضيقة.

- **الحوض المسطح:** حوض أنثوي منبسط، وهو لا يشاهد إلا في 3% من النساء و يكون القطر الأمامي الخلفي لمدخل الحوض قصيراً والقطر المعترض الكبير، مما يعطي المدخل شكلاً بيضوياً و تكون الجدران الجانبية مستقيمة أو متباعدة ويميل العجز المسطح نحو الخلف و القطر بين الشوكتين الإسكيتين كبير.

1-4-جمجمة الجنين:

القمة: مساحة مربعة حيط بها من الأم اليافوخ البرغماوي والدروز الأكليلية ومن الخلف اليافوخ والدروز اللامية التي تمر عبر الفص الجداري[12].

الجبهة: تحاط من الجانبين بالدرزين الأكليلين ومن الأمام بالحافة العلوية لجوف الحجاج وجذر الأنف[12-13].

الوجه: منطقة محاطة من الأعلى بالحافة العلوية لجوفي الحجاج وجذر الأنف ومن الأسفل باتصال الوجه مع الرقبة.

الدروز: 1) سهمي أو طولاني. 2) دروز أكليلية. 3) درز جبهي 4) دروز لامية.

1-5-الجنين :

- ✓ يتوضع الجنين داخل الرحم محاطاً بالسائل الامينيوسي الذي يسمح له بالحركة حتى عمر حملي متقدم و يصبح مثبتاً نوعاً ما [12].
- ✓ الوضعة: هي علاقة محور الجنين الطولي مع محور الرحم الطولي أو العمود الفقري للأم، أشهر أنواع الوضعة هي الطولاني (99.5%) ثم المعترض والمائل.
- ✓ المجيء: هو جزء الجنين الذي يشغل القطب السفلي من الرحم، ممكن أن يكون رأسياً (96.5%)، مقعدياً (3%)، كتفياً (0.5%) [13].
- ✓ الجزء المتقدم: هو الجزء من المجيء الذي يغطي الفوهة الباطنة لعنق الرحم ويشعر به بفحص عنق الرحم المفتوح، في المجيء الرأسي الجزء المتقدم يكون القمة (وهو الأشيع) وقد يكون الذقن أو الوجه.
- ✓ الوضعية: علاقة أجزاء الجنين مع بعضها الوضعية الأشيع هي الانعطاف.
- ✓ النقطة الاستكشافية: هي نقطة عظمية ثابتة في الجزء المتقدم من الجنين مثل القذال في القمي، الذقن في الوجهي، الأخرم في المعترض.
- ✓ التوضع: العلاقة بين النقطة الاستكشافية والأرباع المختلفة للحوض الأمومي، حيث ينقسم الحوض إلى 8 مواقع. ومنه لدينا توضع: أمامي، خلفي، أيسر وأيمن....

  في المجيء القمي يكون التوضع القمي الأيسر هو أشيع التوضعات.

- ♦ **أسباب سيطرة الوضعة الطولانية والمجيء الرأسي [14-15]:**

الوضعية الجنينية في حالة الانعطاف تأخذ شكلاً بيضوياً مع قطر قمي عجزي حوالي 25سم في تمام الحمل هذه الوضعية تناسب بأريحية مع المحور الطولاني للرحم.

المجيء الرأسي يمكن تفسير كونه المجيء الأشيع في الوضع الطولاني ويُفسر بما يلي:

- ✓ الجاذبية.
- ✓ الملائمة.
- ✓ المحيط الأقصر في المجيء الرأسي أقل منه في المجيء المقعدي.

- **الفحص التوليدي:[10-11]**

الفحص البطني: الفحص الشامل للبطن بعد الأسبوع 28 يمكن يحدد الوضعية والمجيء والتوضّع والوضع الجنيني مع الأخذ بالحسبان التغيرات التي تحدث في حالة استسقاء السائل السلوي.

التحضير: إفراغ المثانة، الوضع الظهري مع ثني خفيف للركبتين مع وقوف الفاحص أيمن المريضة، وتتضمن:

1) التأمل: هل الشكل البيضوي للرحم طولاني أم معترض مع تقدير كمية السائل الأمينيوسي مع ملاحظة ارتفاع قعر الرحم وشكل الجلد.
2) الجّس: على قعر الرحم لتقدير ارتفاع قعر الرحم وتقدير العمر الحملي .
3) مناورات ليبولد: يجب تعليق الفحص بالجس في أثناء التقلصات الرحمية.
   - جس قعر الرحم: لتحديد القطب الجنيني المتوضع في القعر، ويتم باليدين معاً.
   - جس الوحشي: توضع اليدين على جانبي السرة لتحديد مكان الظهر والأطراف والكتف الأمامية.
   - المناورة الثالثة: تستخدم لتقدير تدخل الجزء المتقدم من الجنين.
   - المناورة الرابعة: تستخدم لتحديد الجزء المتقدم من المجيء، التدخل، الوضعة.
4) الإصغاء: لتحديد حيوية الجنين وذلك بإصغاء نبضات قلب الجنين وكذلك تحديد مجيء الجنين، معظم أماكن إصغاء الجنين تتوضع تحت السرة وذلك لشيوع المجيء الرأسي.
5) الفحص المهبلي: قد يكون غير دقيق في تحديد الوضع والمجيء في حال كان العنق مغلقاً، والعكس في حال العنق مفتوح ويجب الحذر من الإنتان عند تكرر الفحص.
6) التصوير بالأمواج فوق الصوتية: يحدد الوضعية والمجيء والتوضّع، يمكن أن يكون صعباً في حالة البدانة، استسقاءً شديداً للسائل، تدخلاً عميقاً للرأس، في بعض الحالات قد نحتاج لل Xray لتحديد موقع الرأس والجسم.

1-6-المخاض الطبيعي:

هو مجموعة من الأحداث في الأعضاء التناسلية تهدف إلى إخراج محصول الحمل (الجنين، المشيمة والأغشية) خارج الرحم عبر المهبل إلى العالم الخارجي [10-13].

المخاض الشاذ: أي تغير في صفات المخاض السوي أو القياسي يعتبر مخاض شاذ.

موعد بدء المخاض: عادةً غير متوّقع، قد يختلف من حالة لحالة وحتى عند نفس الحالات ذوات التاريخ المعتمد على قاعدة نيغل [14].

80% من المخاضات تحدث في مجال أسبوعين قبل أو أسبوع بعد الموعد المحدد.

1-6-1- مراحل المخاض [15]:

- ✓ المرحلة الأولى: من بدء المخاض حتى الاتساع الكامل لعنق الرحم.
- ✓ المرحلة الثانية: من الاتساع الكامل لعنق الرحم حتى خروج الجنين.
- ✓ المرحلة الثالثة: من خروج الجنين حتى خروج المشيمة والأغشية.
- ✓ المرحلة الرابعة: حتى ساعة بعد طرح محصول الحمل.

1-6-2- آلية المخاض [14-16]:

- ♦ النزول: يتعلق بحركة رأس الجنين عبر الحوض إلى أرضية الحوض.
- ♦ التّدخل: نزول القطر الأعظمي لجزء الجنين المتدخل إلى ما دون مستوى مدخل الحوض.
- ♦ العطف: تسمح الحركات الانعكاسية بنزول القطر الأقل من أقطار رأس الجنين.
- ♦ الدوران الداخلي: دوران قمة الرأس من الوضع المعترض إلى الوضع الأمامي (الأشيع) أو إلى الوضع الخلفي (أقل شيوعاً).
- ♦ الانبساط.
- ♦ دوران خارجي.
- ♦ الخروج (طرح محصول الحمل).

1-6-3- مراحل الولادة:

1).ولادة الرأس. 2) ولادة الكتفين. 3) ولادة الجذع.

أولاً: ولادة الرأس [15،16]:

الحفاظ على وضعية العطف الرأسي لمنع البسط الباكر للرأس.

مباشرة بعد ولادة الرأس تمص المفرزات المخاطية والدموية للفم والأنف، مع مسح العينين بالقطن العقيم، ويجس العنق للجنين لاستبعاد أي التفاف للسرر.

تمنع التمزقات العجانية وذلك عن طريق:

- ✓ تجنب البسط الباكر للرأس.
- ✓ توليد الرأس بين التقلصات.
- ✓ اجراء خزع الفرج الوقائي (عندما يستطب).
- ✓ الحيطة في أثناء توليد الكتفين.

ثانياً: توليد الكتفين[15]:

يولد الكتفان باليدين معاً مع الخفض اللطيف للأسفل حتى تحرير الكتف الأمامية من تحت عظم العانة.

ثالثاً: توليد الجذع:

باستخدام اليدين توضع الأصابع تحت الأبطين وضعاً لطيفاً بوضعية العطف الوحشي.

1-7-العناية المباشر بالوليد [17]:

مباشرة بعد ولادة الجنين يجب أن يغطى بقماشة جافة نظيفة ورأسه إلى الأسفل قليلاً (15ْ) مما يسهل خروج المفرزات المتجمعة في الرغامى والقصبات الهوائية ويجب أن يوضع بمستوى الأم أو أقل قليلاً لتسهيل نقل الدم من المشيمة إلى الجنين.

تنظيف الطرق الهوائية.

تقييم علامة أبغار.

ربط الحبل السري: يجب الضغط على الحبل السري باتجاه الوليد لتفريغه من الدم قبل قص الحبل السري، مع ترك حوالي 2.5 سم من الحبل السري من جهة السرة مع ملاحظة أي شذوذ وعائي بالحبل السري.

تأخر ربط الحبل السري وقصه لمدة (2-3 دقيقة) يسهل انتقال حوالي 100 مل من المشيمة للجنين، إلا في حال الحاجة إلى اسعاف الوليد وانعاشه.

1-8-الولادة المساعدة بالأعمال الجراحية:

1. الولادة المهبلية العفوية المساعدة [18]:

الهدف منها تقليل الرض للأم ومنع أذية الجنين. وتتضمن:

- خزع الفرج: إجراء شق في جسم العجان لتسهيل خروج الجنين ويقسم إلى:
  - ✓ خزع الخط الناصف: عيوبه في إمكانية امتداد الخزع ليشمل معصرة الشرج والمستقيم.
  - ✓ لخزع الجانبي: الأشيع في أوربا ويجرى بزاوية 60 درجة عن الخط الناصف.

2. الولادة المهبلية الجراحية:[18-19]:

I. الولادة بالملقط (اللقط):

تصنف حسب تدخّل رأس الجنين عند تطبيق الملقط:

A. ملقط أوسط: تدخل رأس الجنين أقل من 2+.

B. ملقط منخفض: توضع 2+ أو أكثر.

C. ملقط المخرج: عندما تشاهد الفروة عبر الشفرتين.

الاستطبابات: ليست مطلقة ولكن في حال: a. تطاول المرحلة الثانية للمخاض.

b. إنهاك الأم.

c. الخوف من شدّة الجنين.

تتضمن الاحتياطات تقييم كامل لتدخل رأس الجنين (اتساع تام) و تمزق الأغشية والتأكد من إفراغ المثانة وتحضير مساعد لإنعاش الجنين.

II. الولادة بالمجحم [19]:

الاستطبابات ومضادات الاستطباب والمضاعفات تقريباً مشابهة للملقط.

لايجب أن يستمر > ثلث ساعة ولا أن يطبق ضغط > 0.8 كغ/سمٌ

3. التمزقات التوليدية [20،21]:

شائعة بعد الولادة الطبيعية وخصوصاً بعد استخدام الملقط والمجحم وتقسم إلى أربع درجات.

الدرجة الأولى: مخاطية المهبل.

الدرجة الثانية: تصل لجسم العجان وحتى عضلات العجان المعترضة.

الدرجة الثالثة: تشمل المعصرة الخارجية للشرج.

الدرجة الرابعة: تشمل مخاطية المستقيم.

1-9-الموجز:

تحدثنا في هذا البحث عن الحوض وتشريحة والولادة المهبلية واختلاطاتها ومراحل المخاض الطبيعي.

الفصل الثاني:

المجيء المقعدي

2-1-التمهيد:

سنتحدث في هذا الفصل عن المجيء المقعدي وأسبابه ونتائجه واستراتيجيات تدبيره.

2-2-المقدمة:

يحدث المجيء المقعدي بنسبة 3% من كل الحمول وهو يصف الحالة التي يكون فيها مفعد الجنين أو قدمه مقابل مدخل الحوض الوالدي [22].

على الرغم من أن الأجنة المقعدية تكون سليمة وطبيعية في معظم الحلات إلّا أن المجيئ المقعدي يترافق بازدياد في نسبة التشوهات الخلقية وقد يترافق بحدوث عسر تصنع الحوض [22].

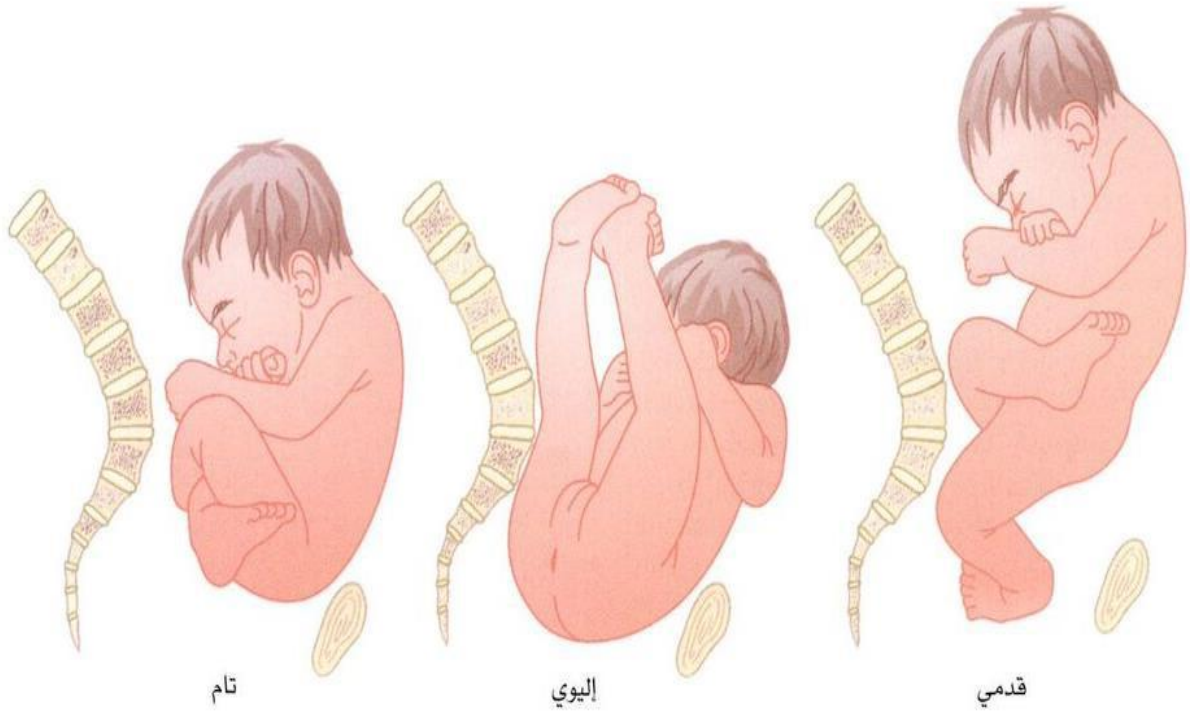
تخضع السيدات الحوامل بجنين بمجيء مقعدي عادة بتمام الحمل للتحويل بالأعمال الخارجية لأنّ استمرار المجيء المقعدي غالباً ما ينتهي بولادة قيصرية فإنها تترافق بنسبة أقل للمراضة والوفيات حول الولادة مقارنة بالولادة المهبلية للجنين المقعدي.

2-3-أصناف المجيء المقعدي:

تتضمن الأصناف الرئيسية للمجيء المقعدي كل من :

- **المجيء المقعدي بالطراز الأليوي (Frank breech):** يكون فخذا الجنين بوضعية انعطاف مع انبساط الطرفين السفليين عند الركبتين وبالتلي تكون القدمان بالقرب من الرأس، ويشكل حوالي 50 – 70 % من المجيئات المقعدية بتمام الحمل[22]

- **المجيء المقعدي التام (Complete breech):** يكون الفخذان بوضعية انعطاف مع وجود عطف في إحدى الركبتين أو كلتيهما ويشكل 5 –10 % من المجيئات المقعدية بتمام الحمل.[22]
- **المجيء المقعدي الناقص أو القدمي:** يكون أحد الفخذين أو كليهما بوضعية بسط وتكون الركبتين أو كلتيهما تحت مستوى الإليتين وهو يشكل 10 –40 % من الجيئات المقعدية.[22]



الشكل (2–1):أنماط المجيء المقعدي

2-4-الأهمية:

تكون الفخذان في المجيء الإليوي أو المقعدي التام في وضعية انعطاف والساقين في وضعية انبساط أو انعطاف وبالتالي فإنّ الفخذين والجذع يمران عبر القناة الولادية مروراً عفوياً.

وبالتالي إذا مر الجزء المتقدم من الجنين بسهولة فإن الرأس والكتفين عادةً ما يمران بسهولة مع وجود بعض الحالات التي تحدث فيها صعوبة في أثناء الولادة.

بالمقابل في المجيء المقعدي الناقص يكون أحد الفخذين أو كليهما في وضعية بسط وبالتالي يمر الجزء المتقدم من المجيء (أحد الفخذين أو كليهما أو الركبتين) بسهولة من خلال عنق الرحم غير المتسع اتساعاً تاماً (أو الحوض غير الملائم) مما يتبعه انحباس للكتفين أو الرأس.

يزيد احتباس الرأس أو الكتفين من حالات نقص الأكسجة والرضوض الولادية.

تزيد كذلك حالات المجيء المقعدي التام أو الناقص حالات انسدال السرر وما ينجم عنه من نقص أكسجة في أثناء الولادة [22].

2-5-الانتشار:

المجيء المقعدي شائع الحدوث في الأعمار الحملية الباكرة عندما يكون الجنين متحركاً تحركاً كبيراً ضمن السائل السلوي ذو الكمية الكبيرة نسبياً وأقل شيوعاً في تمام الحمل.

نسبة حدوث المجيء المجيء المقعدي بعمر أقل من 28 أسبوعاً حملياً حوالي 20-25% وبعمر 32 أسبوعاً تقدر ب 7-16% بينما تكون بتمام الحمل حوالي 3-4% [23،24].

2-6-الإمراضية:

يحدث المجيء المقعدي في أغلب الحمول مصادفةّ دون وجود أي سبب لذلك.

ولكن حوالي 15% من الحالات يحدث المجيء المقعدي لأسباب جنينية أو والدية أو تشوهات بالمشيمة والحبل السري [23].

يعتقد أنه عندما يكون الجنين سليم تشريحياً و حركياً وكمية السائل الامنيوسي ضمن الطبيعي وموقع المشيمة طبيعي فإنّ توضع المجيء يميل لأن يكون رأسياً لأنها الوضعية الأكثر ملاءمةً للحيّز ضمن الرحم ولكن عند وجود أي خلل في هذه المتغيرات تزداد احتمالية حدوث المجيء المقعدي.

2-7-عوامل الخطورة:

يوجد العديد من عوامل الخطورة التي تزيد خطورة حدوث المجيء المقعدي:

- ✓ الخداج [25].
- ✓ وجود سوابق مجيء مقعدي عند الأخوة أو أحد الوالدين [25].
- ✓ تشوهات الرحم (ثنائي القرن، الورم الليفي) [26].
- ✓ موقع المشيمة (المشيمة المنزاحة) [27].
- ✓ شذوذات السائل الأمنيوسي (شح السائل الأمنيوسي، موه السائل الأمنيوسي)[28].
- ✓ عديمات الولادة [29، 30]
- ✓ ضيق الحوض الوالدي [31].

- ✓ التشوهات الجنينية (انعدام الجمجمة، موه الرأس، التيراتوما العصعصية العجزية، كتل الرقبة)[32].
- ✓ الحمل المتعدد[31].
- ✓ قصور الدرق عند الأم [29].
- ✓ الحبل السري القصير [32].
- ✓ تحدد النمو داخل الرحم [30].
- ✓ الجنين الأنثى [33].
- ✓ تقّدم عمر الأم [30].

2-8-نكس المجيء المقعدي:

يزداد خطر حدوث المجيئ المقعدي في الحمول التالية كما يلي:

في حال كان الحمل الأول مقعدياً فإن نسبة تكراره 9% بينما في حال كان الحمل الأول والثاني مقعدياً فإنّ نسبة حدوثه ترتفع ل 25% أمّا في حال كانت الحمول الثلاثة الأولى مقعدية ترتفع نسبة حدوثه ل40%[33].

بالمقابل إذا كان الحمل الأول بمجيء رأسي فإنّ نسبة حدوث المجيء المقعدي بالحمل التالي حوالي 2% [34].

2-9-الموجودات السريرية:

أفضل ماتقيم علامات وأعراض المجيء المقعدي في الثلث الثالث من الحمل.

يجب أن يقيم المجيء المقعدي في المراحل المتأخرة من الحمل بوصفه جزءاً من التقييم الروتيني قبل الولادة لما له من تأثير على نمط وسير الولادة.

✶ **الأعراض:**

فقد الارتياح تحت الأضلاع بسبب وجود رأس الجنين عند قعر الرحم [35].

حس ركلات أسفل البطن في حالات المجيء المقعدي التام أو الناقص.

✶ **الفحص السريري:[33]**

بالفحص السريري للبطن والقطعة السفلية للرحم نجد كتلة رخوة (المؤخرة) وغياب جمجمة الجنين الصلبة.

بفحص قعر الرحم يمكن أن يقرع رأس الجنين ويتحرك تحركاً مستقلاً عن الجذع.

بالمس المهبلي يمكن أن يحدد المقعد أو القدم أو فتحة الشرج في حال كان العنق متسعاً ولكن من الصعوبة أن يجس في حال كان العنق مغلقاً.

يمكن تمييز القدم عن كف اليد وذلك بوجود الكعب بينما جس القبضة يميز اليد.

✶ **التصوير الصدوي:**

يحدد التصوير الصدوي وجود الرأس في قعر الرحم والمقعد في الجزء السفلي من الرحم وكذلك يمكننا أن نحدد وجود انعطاف في الفخذين والساقين وموقع كل قدم.

يمكن أن نحدد وجود فرط انبساط برأس الجنين (بقياس زاوية الانبساط أكثر من90 درجة) ويعد من الموجودات المهمة فوجود فرط انبساط يعد مضاد استطباب مطلقاً للولادة المهبلية [35].

✶ **الانقلاب العفوي للمجيء:**

يمكن أن يحدث الانقلاب العفوي للمجيء في أي وقت قبل الولادة حتى الأسبوع الحملي 40 [35].

فـي إحـدى الدراسـات[Ford JB] وزمـلاؤه ، وجـد أن نسـبة الانقـلاب العفـوي مـن المجـيء المقعدي للمجيء الرأسي بعد الأسبوع 36 حملي حوالي 25% من كل الحالات [36].

العوامـل التـي تقلـل احتماليـة حـدوث الانقـلاب العفـوي هـي انبسـاط السـاقين، شـح السـائل الامنيوسي، قصر الحبل السري، تشوهات الرحم و/أو الجنين، عديمات الولادة [36].

2-10- **التشخيص:**

يعتمد التشخيص على تحديد المقعد أو القدم جزءاً متقدماً من المجيء بالفحص الفيزيائي (المهبلي أو عن طريق البطن) أو بالتصوير الصدوي.

يمكن عادة تشخيص المجيء المقعدي بوساطة مناورات ليوبولد، و يجس رأس الجنين القاسي في منطقة قعر الرحم، أما المقعد الأطرى قواماً والأصغر حجماً فهو يشغل القطعة السفلية للرحم فوق ارتفاق العانة [35].

يمكنّنا الفحص المهبلي في المجيء المقعدي الإليوي من جس الإليتين، الشرج، العجز، والحدبتين الإسكيتين للجنين في أثناء المخاض .أما في حالة المجيء التام فإن القدمين، الكاحلين، وعادة الإليتين يمكن جسها عبر العنق المتسع.

يبدي الفحص المهبلي في المجيء المقعدي الناقص وجود قدم واحدة أو اثنتين ضمن المهبل.

يجب أن يجرى التصوير بالأمواج فوق الصوتية عند السيدات المتمخضات لتأكيد الاشتباه بوجود المجيء المقعدي ولتحديد نوعه وطريقة الولادة[36].

يعتبر الفحص المهبلي في حال وجود العنق المتسع أكثر فائدة من الفحص البطني لتحديد المجيء ولكنه قد يختلط بالمجيء الوجهي في حال توذم الوجه[34].

2-11- التدبير :

يوجد اتفاق عام بأن الولادة المهبلية للمجيء المقعدي تترافق بخطر أكبر لحدوث نقص الأكسجة والرضوض أكثر من الولادة المهبلية للمجيء الرأسي [37].

تتضمن استراتيجيات تدبير المجيء المقعدي كل مما يلي:

- ☒ التحويل بالأعمال الخارجية قبل بدء المخاض ومن ثم تحريض المخاض في حال نجاح التحويل أو إجراء ولادة قيصرية في حال فشله. وتعد هذه الاستراتيجية من أشيع استراتيجيات تدبير المجيء المقعدي بالولايات المتحدة الأمريكية [37].
- ☒ التحويل بالأعمال الخارجية قبل بدء المخاض ومن ثم تحريض المخاض عند نجاح التحويل ولكن في حال فشل التحويل تترك المريضة لتجربة المخاض والولادة المهبلية في حال كانت الخطورة للولادة المهبلية منخفضة أما في حال كانت المخاطر كبيرة أو رفضت المريضة فتجرى ولادة قيصرية [37].
- ☒ إجراء قيصرية انتخابية دون محاولة التحويل بالأعمال الخارجية.
- ☒ تحريض المخاض مباشرة ومحاولة الولادة المهبلية دون محاولة التحويل بالأعمال الخارجية في حال كانت مخاطر الولادة المهبلية منخفضة [37].

2-11-1- الولادة المهبلية :

لقد بقيت الولادة المهبلية للجنين بالمجيء المقعدي تجرى في بعض البلدان حين كانت المريضة تحقق بعض المعايير الصارمة، وذلك إلى أن نشرت دراسات حديثة عشوائية تبين أن الولادة المهبلية المقعدية تترافق مع ارتفاع نسبة المراضة حول الولادة مقارنة بالقيصرية الانتخابية [35،36].

2-11-2- معايير الولادة المهبلية للمجيء المقعدي:

إن التدبير المعياري المتبع حالياً من قبل معظم الممارسين هو توليد جميع المجيئات المقعدية بالولادة القيصرية لتجنب المشاكل التي يمكن أن ترافق الولادة المهبلية مثل انسدال السرر، احتباس الرأس، الاختناق في أثناء الولادة، والرضوض الولادية [38،39].

معايير الولادة المهبلية للمجيء المقعدي [40،41]:

1) المجيء مقعدي تام أو إليوي.
2) عمر الحمل 36 أسبوعاً على الأقل.
3) وزن الجنين المقدر 2500 – 3800 غ.
4) رأس الجنين بوضعية انعطاف.
5) حوض الأم واسع حسب قياس الحوض الشعاعي أو بوجود ولادة سابقة لجنين كبير الحجم.
6) غياب الاستطبابات الوالدية أو الجنينية الأخرى للولادة القيصرية.
7) وجود طبيب مخدر جاهز.
8) توفر الخبرة الكافية لدى المولد.
9) وجود مساعد جاهز لدفع رأس الجنين داخل الحوض.

2-11-3- مساعدة الولادة المقعدية:

نظراً لإمكانية مصادفة المجيء المقعدي في بعض الحالات التي تكون الولادة القيصرية فيها مستحيلة أو غير آمنة، فإن الولادة المهبلية للمجيء المقعدي لا تزال تشكل مهارة مهمة للأطباء الممارسين [41].

بعد خروج الجنين خروجاًعفوياً حتى السرة يطبق الشد اللطيف نحو الأسفل إلى أن يظهر لوح الكتف عند مدخل الفرج [41].

بعد ولادة لوح الكتف يولد الكتفان بسحب كل يد أمام صدر الجنين إلى أن يتبقى رأس الجنين في الداخل. وبمجرد توليد الكتفين يولد الرأس عن طريق عطف رأس الجنين بوساطة اليد مع تطبيق أصابع المولد على الفك السفلي للجنين أو استخدام ملقط بايبر. يستخدم بعض المولدين ملقط بايبر استخداماً روتينياً، و تبين أن هذه الطريقة تساعد على ولادة الرأس مع أقل رض ممكن للجنين[41].

2-11-4- **الولادة القيصرية:**

حين يولد الجنين المقعدي بالطريق المهبلي فإن الأجزاء الأصغر من الجنين تتولد في البداية، ولا يخرج أكبر أجزاء الجنين، ألا وهو الرأس، إلا في نهاية المطاف.

ويمكن في الخدج، الذين تكون بطونهم أصغر من رؤوسهم بكثير، أن تتولد الأطراف السفلية، البطن، والجذع عن طريق عنق الرحم المتسع اتساعاً غير كامل. وحين يأتي وقت رأس الجنين فإنه يبقى محتجزاً في الداخل مؤدياً إلى الاختناق الجنيني والرضوض الولادية. وبذلك تفضل الولادة القيصرية لتوليد الخدج بالمجيء المقعدي نظراً لافتراق حجم الرأس والبطن. وحالياً تفضل الولادة القيصرية في كل من الخدج والمولودين في تمام الحمل، بالرغم من أن عدم اتقاء الحذر عند ولادة الذراعين والرأس قد يؤدي إلى رضوض شديدة [41، 42].

تتضمن العوامل التي تسهم في زيادة نسبة المراضة والوفيات حول الولادة التشوهات الخلقية غير المتوافقة مع الحياة، الخداج، الرضوض الولادية،والاختناق [42].

ينتج الاختناق في الحالات النموذجية عن انسدال السرر في أثناء المخاض أو احتباس الراس المتأخر[43].

يمكن أن تحدث الرضوض الولادية عند الشد على الجنين حيث يمكن أن تطال الضفيرة العضدية (شلل إرب)، الحنجرة، والكبد.

2-12- **الموجز:**

تحدثنا في هذا البحث عن المجيء المقعدي وعوامل الخطورة المؤهبة له واختلاطاته وطرق تدبيره.

الفصل الثالث:

المجي المعترض

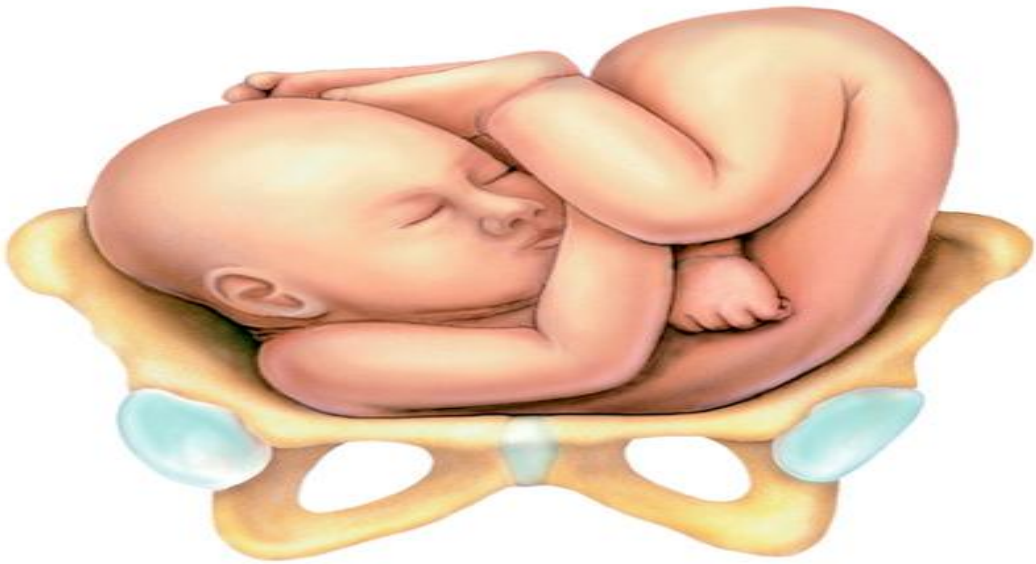
3-1- التمهيد:

سنتحدث في هذا الفصل عن تقييم المجيء المعترض وطرق تدبيره.

3-2- المقدمة:

يشير المجيء المعترض إلى المجيء الذي يكون فيه المحور الطولاني للجنين عمودياً على المحور الطولاني للرحم. ويمكن أن يحدث في أحد الشكلين التاليين [44]:

- ✓ يتجه انحناء العمود الفقري للجنين إلى الأسفل (الظهر السفلي) ، ويكون كتف الجنين مواجهاً لعنق الرحم.
- ✓ يكون انحناء العمود الفقري للجنين متجهًا نحو الأعلى (الظهر العلوية) ، والأجزاء الصغيرة للجنين والحبل السري بمواجهة عنق الرحم.



(الشكل 3-1):المجيء المعترض

3-3- الانتشار:

ما يقرب من 1 من كل 300 جنين يكون في وضع عرضي عند الولادة [44،45]. هو أكثر شيوعاً في وقت مبكر من الحمل [46].

المجيء المعترض غير مستقر فإنّ أغلب الأجنة بمجيء معترض بمراحل الحمل الباكرة تنقلب لمجيء رأسي أو مقعدي مع تقدم الحمل [47].

3-4- الآلية الإمراضية وعوامل الخطر:

اقترح عدد من النظريات لشرح وضعية الجنين ضمن الرحم وأن معظم الأجنة تكون بالوضعية الطولانية مع وصول الحمل إلى نهايته .

تسهم كل من الجاذبية و راحة الجنين إسهامات مهمة [48]. في وقت مبكر من الحمل ، عندما يكون حجم السائل السلوي كبيراً نسبيًا بالنسبة إلى حجم الجنين ، والجنين أقل تقييداً ضمن تجويف الرحم غالباً ما يكون الجنين بالوضعية غير الرأسية. مع تقدم الحمل و تناقص حجم السائل الأمنيوسي بالنسبة لحجم الجنين المتزايد ، عادة ما يأخذ الجنين الوضعية الطولانية مع توضع أكبر كتلة للجنين (الأرداف والفخذان المثنيتان) في قاع الرحم .

تعد مراحل الحمل الباكرة هي عامل الخطر الأكثر شيوعاً للمجيء المعترض. وتشمل عوامل الخطر الأخرى كل مما يلي:

- ✓ تعدد الولادات [44].
- ✓ موقع انغراس المشيمة (المشيمة المنزاحة) [49].
- ✓ الحوض الضيق [50].
- ✓ تشوهات الرحم أو الأورام [49].

- ✓ موه السائل الأمنيوسي [50].
- ✓ شذوذ الجنين [44].
- ✓ الحمل المتعدد [45].

3-5- **الإختلاطات:**

على الرغم من أن الرعاية الحديثة والمراقبة الحثيثة للأم وجنينها في المرحلة ما حول الولادة قد قللت الكثير من معدلات المراضة والوفيات المرتبطة بالمجيء المعترض ، لكن ما تزال حالات الحمل هذه معرضة لخطر متزايد من الاختلاطات والمراضة مقارنة بالحمول التي يكون فيه الجنين في بالوضعية الطولانية.

في البلدان الغنية بالموارد ، تسهم كل من المشيمة المنزاحة ، انسدال الحبل السري ، رضوض الجنين ،التشوهات الجنينية والولادة المبكرة في حدوث المراضة في حالات المجيء المعترض[51،52].

في البلدان ذات الموارد المحدودة حيث التصوير الصدوي والولادة القيصرية الإسعافية و العناية المركزة بحديثي الولادة العناية ليست متاحة بسهولة ، تكون وفيات الأمهات وحديثي الولادة و المراضة المرتبطة بالمجيء المعترض في المخاض مرتفعة ارتفاعاً كبيراً. يعد تمزق الرحم في حالات المخاض الطويل في المجيئات المعترضة السبب الرئيسي لوفيات ومراضة الأمهات في المرحلة ما حول الولادة [53].

إذا ترك المخاض يتطور في حالات المجيء المعترض فإن كتف الجنين سوف تنحشر في الجزء العلوي من حوض الأم ، مما يؤدى إلى اضطرابات في تقلصات الرحم وينجم عنه ما يسمى "حلقة باندل" وتؤدي في النهاية لتمزق الرحم [54].

3-6- التظاهرات السريرية والتشخيص:

- ✶ الأعراض الوالدية: ليس من النادر أن تشتبه الحامل في المجيء المعترض بسبب الشكل غير الطبيعي للبطن أو فقدان الراحة بسبب وجود رأس الجنين في إحدى الخاصرتين.
- ✶ التشخيص السريري: يمكن إجراء التشخيص السريري عن طريق جس البطن "مناورات ليوبولد" (الشكل 3-2). يجب أن يشتبه بالمجيء المعترض وذلك عندما لا يتم الشعور برأس الجنين عند جس الرحم في المنطقة أعلى ارتفاق العانة وكذلك سيكشف الجس الإضافي رأس الجنين في إحدى خاصرتي الأم، مما يؤكد التشخيص [55].

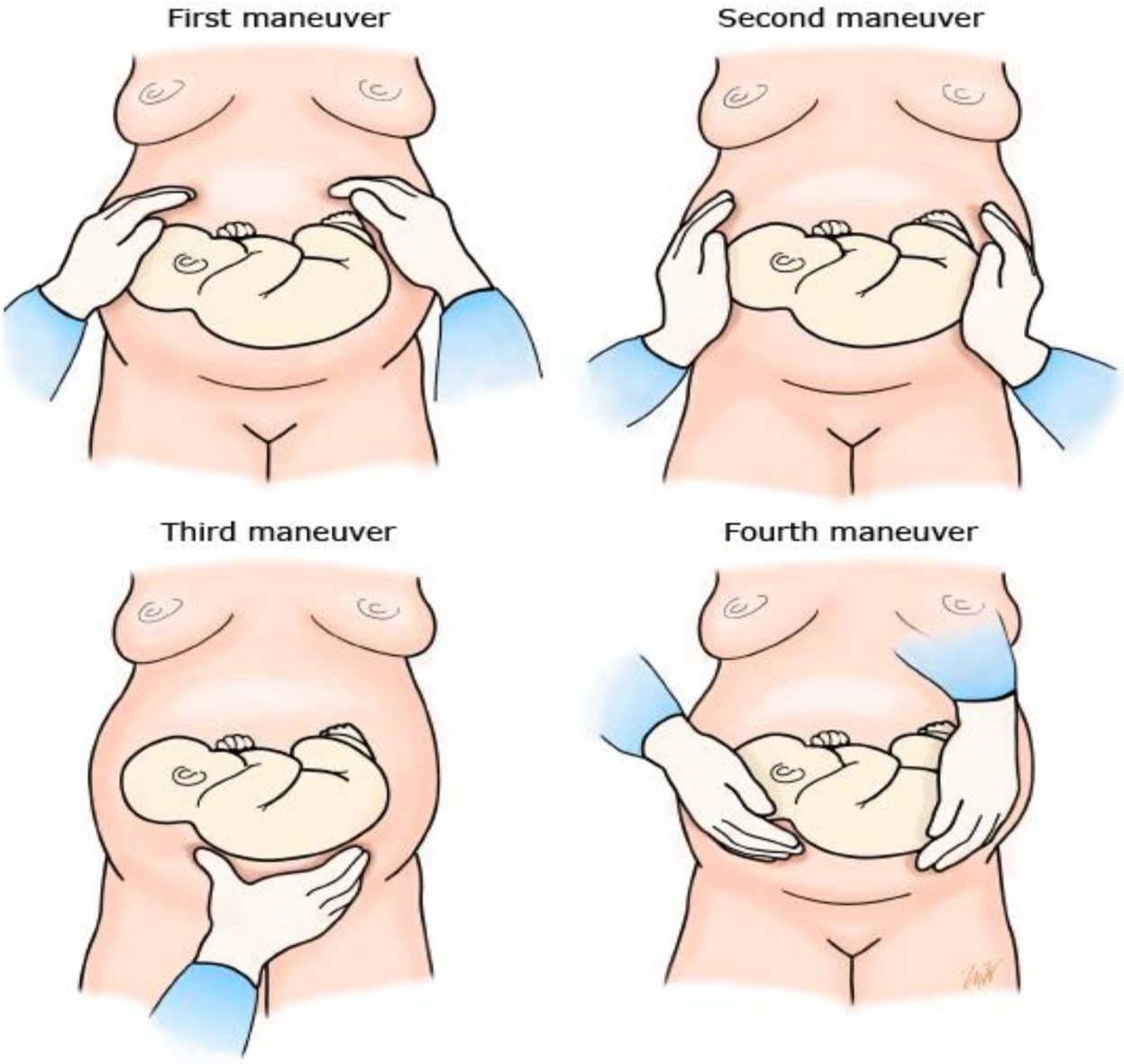
نجد من الصعوبة أن تحدد اتجاه ظهر الجنين للأعلى أو الأسفل وخاصة إذا كانت السيدة تعاني من السمنة .

تبلغ حساسية تحديد المجيئات غير الرأسية (المقعدي ،مائل أو معترض) عن طريق جس البطن في الأسابيع الحملية 35 إلى 37 أسبوعًا حوالي 70 % [55].

- ✶ التصوير الصدوي : يستخدم التصوير بالأمواج فوق الصوتية لتأكيد التشخيص وتحديد وضع الجنين ووضعيته ومجيئه بدقة .

بالإضافة إلى ذلك ، يجب إجراء مسح دقيق لتشريح الرحم والجنين في حالات المجيء المعترض للبحث عن التشوهات أو الحالات التي تؤهب لهذا المجيء كما في حالات المشيمة المنزاحة،...

في حال اشتبه بتشخيص المجيء المعترض بجس البطن ولكن لم ينف وجود المشيمة المنزاحة بالتصوير الصدوي، يجب عدم القيام بالمس المهبلي حتى ينفى وجود المشيمة المنزاحة نفياً مؤكداً.



الشكل 3-2: مناورات ليوبولد

3-7- <u>التدبير والولادة:</u>

يتم توليد معظم الأجنة في المجيئات المعترضة عن طريق الولادة القيصرية .

تعتمد طريقة الولادة على الظروف السريرية وقت التشخيص .

يجب الأخذ بالحسبان العوامل التالية في حالات المجيء المعترض [56]:

- ✓ موقع المشيمة والحبل السري.
- ✓ عمر الحمل والقدرة على البقاء.
- ✓ بدء المخاض أو تمزق الأغشية.
- ✓ وما إذا كان الجنين المعترض هو التوأم الثاني .

المجيء معترض والأغشية سليمة والجنين حي:

3-7-1- <u>قبل بدء المخاض:</u>

عند تشخيص المجيء المعترض قبل بدء المخاض وفي حال لا يوجد مضاد استطباب للولادة المهبلية يجرى تحويل بالأعمال الخارجية في الأسبوع 37+0 وحتى 37+6 حين يكون حجم السائل السلوي الذي يحيط بالجنين مناسباً وتوتر الرحم ووزن الجنين أقل من أي وقت لاحق من الحمل ، مما يزيد من معدلات النجاح. أما إذاحدثت أي اختلاطات في أثناء التحويل يمكن إجراء ولادة قيصرية اسعافية [57].

يمكن أن نلجأ للتحويل بالأعمال الخارجية في الأسبوع 39 حملي ونتبعه فوراً بإجراء بثق الأغشية الصنعي وتحريض المخاض [57].

من المحتمل أن يكون هذا الإجراء مرتبطًا بزيادة مخاطر حدوث تحويل بالأعمال الخارجية غير الناجح ولكنه بالمقابل في حال نجاحه فإنّه يقلل من مخاطر العودة للمجيء غير الرأسي والحاجة إلى تكرار الإجراء .

إذا تكررت الوضعية غير الطولانية بعد عملية التحويل بالأعمال الخارجية ECV الناجحة ، فيمكننا إعادة محاولة ECV عند 38 + 0 إلى 39 + 6 أسابيع من الحمل. إذا نجحنا مرة أخرى ، فإننا نحث المخاض[51].

إذا رفض التحويل بالأعمال الخارجية أو لم تنجح عملية ECV الأولى أو المتكررة ، فيجب إجراء الولادة القيصرية في الأسابيع 39 + 0 إلى 39 + 6 [56].

3-7-2- في الحالات الباكرة من المخاض:

يمكن أن نجري تحويل بالأعمال الخارجية عند السيدات بحمل مفرد معترض مع سلامة الأغشية في الحالات الباكرة من المخاض بشرط عدم وجود مضاد استطباب للتحويل بالأعمال الخارجية (على سبيل المثال ، الحوض الضيق ،المشيمة المنزاحة، تشوهات أو أورام الرحم ، شح السائل السلوي ، تشوه الجنين) [56].

إذا نجح التحويل بالأعمال الخارجية للجنين للوضعية الطولانية وكان عنق الرحم متسعاً اتساعاً كافياً والجزء المتقدم من المجيء منطبق انطباقاً كافياً على العنق ، يجرى بثق الأغشية الصنعي .

وبالمقابل ، إذا لم ينجح التحويل بالأعمال الخارجية فإننا نقوم بإجراء ولادة قيصرية.

3-7-3- في حالات المخاض الفعال:

يجب أن تجرى الولادة القيصرية عند السيدات اللواتي يراجعن بمخاض فعال ويشخص لديهن جنين بمجيء معترض [56].

المجيء معترض والأغشية متمزقة والجنين حي:

إذا حدث تمزق الأغشية وكان عمر الحمل أكبر أو يساوي 34 أسبوعًا ، فإننا نجري عملية ولادة قيصرية.

إذا كان عمر الحمل أقل من 34 أسبوعًا ، فإن التدبير الترقبي يعد خياراً معقولاً مع توافر القدرة على إجراء الولادة القيصرية على الفور في حال الحاجة نظراً لزيادة مخاطر حدوث الاختلاطات مثل انسدال الحبل السري[57].

قد تؤدي الولادة بدلاً من التدبير الترقبي في بعض الظروف (على سبيل المثال ، التهاب السى والأمنيون ، وانفكاك المشيمة ، والولادة المبكرة) بين 28 و34 أسبوعاً، إلى نتائج وليدية أفضل[57].

في مثل هذه الظروف ، نقترح إعطاء كورس من الستيروئيدات القشرية ومراقبة الأم والجنين مراقبة مستمرة لمدة 48 ساعة مع التدخل المباشر عند الحاجة (على سبيل المثال ، علامات الانتان ، اضطراب النظم القلبي الجنيني) [57].

يجب رفض القيام بالتحويل بالأعمال الخارجية في حال حدوث تمزق الأغشية حين تكون نسبة الفشل أعلى والاختلاطات أكثر [57].

3-7-4- <u>التوأم الثاني بالوضعية المعترضة بعد ولادة الجنين الأول:</u>

بعد ولادة التوأم الأول قد يتوضع التوأم الثاني بالوضعية المعترضة وفي مثل هذه الحالات نقوم ب:

- ✓ التحويل بالأعمال الداخلية للجنين للوضعية الطولانية بمجيء مقعدي ومن ثم استخراجه. يجب أن يجرى هذا الإجراء مباشرة بعد ولادة التوأم الأول والعنق متسع والأغشية سليمة [58].
- ✓ التحويل بالأعمال الخارجية مع المراقبة بالتصوير الصدوي[58].

الفصل الرابع:

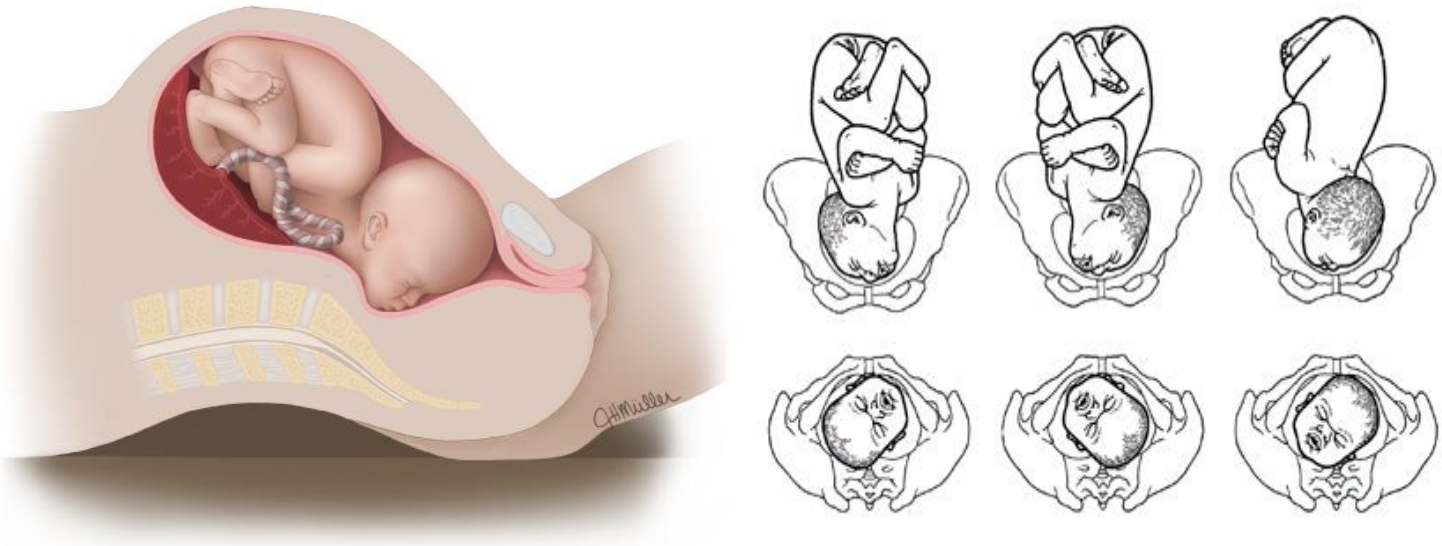
المجيء الوجهي والمجيء الجبهي

4-1- التمهيد:

يتحدث هذا الفصل عن المجيآن الوجهي والجبهي من حيث عوامل الخطورة وطرق التدبير والنتائج.

4-2- المقدمة:

تكون الغالبية العظمى من المجيئات في تمام الحمل رأسية. ولكن حوالي 5% من المجيئات الرأسية تكون معيبة كما في القمي الخلفي والمعترض والوجهي والجبهي [59].



الشكل 4-1:المجيء الوجهي

4-3- الانتشار:

يعد المجيئان الجبهي والوجهي من المجيئات المعيبة غير الشائعة. وتكون نسبة انتشارهما بالمقارنة مع المجيئات المعيبة الأخرى كما يلي [59-62]:

- ✓ القمي الخلفي 19/1 ولادة.
- ✓ المقعدي 33/1 ولادة.
- ✓ الوجهي 600/1 إلى 800/1 ولادة.
- ✓ الجبهي 500/1 إلى 4000/1 ولادة.
- ✓ المجيء المعترض 833/1 ولادة.
- ✓ المركب 1500/1 ولادة.

انخفضت نسبة انتشار المحيء الوجهي في مشفى باركلاند في تكساس مؤخراً إلى 2000/1 ولادة ويرجح ذلك لانخفاض نسبة التشوهات الجنينية كما في انعدام الجمجمة بينما لم يشاهد انخفاض في أماكن أخرى [64-65].

4-4- الأهمية السريرية:

تنعطف رقبة الجنين بحيث يلامس الذقن صدر الجنين في المجيء القمي القفوي الأمامي مما يساعد القطر تحت القفوي البرغماوي الصغير نسبياً (9.5 سم) ليعبر الحوض وهو القطر الذي يتدخل به رأس الجنين.

يعتبر هذا القطر قادراً على عبور الانحناء الحوضي (10.5 سم) والذي يعتبر أقصر أقطار الحوض الأمامية الخلفية.

بالمقارنة، نجد أنه في المجيئات الجبهية والوجهية يحدث بسط في الرقبة مما يضطر رأس الجنين ليعبر حوض الأم بأقطار أكبر.

هذا يؤدّي في نهاية المطاف لحدوث توقف نزول ويزيد نسبة المراضة الوالدية والوليدية أثناء الولادة المهبلية ويزيد نسبة القيصريات.

تزداد نسبة اضطرابات النظم القلبي الجنيني في المجيئات الجبهية والوجهية في أثناء المخاض مقارنة مع المجيء القمي القفوي الأمامي ويكون ذلك بسبب انضغاط رأس الجنين أو زيادة حالات انضغاط الحبل السري[65].

4-5- عوامل الخطورة:

تزيد العوامل التشريحية التي تمنع انعطاف رقبة الجنين أو تزيد من انبساطها نسبة المجيئات الوجهية والجبهية ومن هذه العوامل[64-67]:

- ✓ انعدام الجمجمة.
- ✓ استسقاء الرأس الشديد.
- ✓ كتل الرقبة الأمامية.
- ✓ عدم التناسب الحوضي الجنيني.
- ✓ الولادة الباكرة.
- ✓ ولادة جنين ناقص الوزن نسبة لسن الحمل.
- ✓ العرطلة الجنينية.
- ✓ الحوض الضيق.
- ✓ الحوض المسطح.
- ✓ تعدد الولادات.

- ✓ موه السلى.
- ✓ سوابق القيصريات.
- ✓ العرق الأسود.

تتيح عضلات البطن الضعيفة نتيجة تعدد الولادات عند السيدات عديدات الولادة انحناء قعر الرحم وجذع الجنين نحو الأمام مما يؤدّي إلى انبساط العمود الرقبي للجنين وحدوث المجيء الوجهي والجبهي [67].

4-6- المجيء الوجهي:

4-6-5- التعريف:

وهو المجيء الذي يكون فيه وجه الجنين "من مقدم الجبين حتى الذقن" هو الجزء الرئيسي من جسم الجنين (الجزء المتقدم) الذي ينزل إلى قناة الولادة. وتكون رقبة الجنين منبسطة بحيث يلامس القفا ظهر الجنين[67].

4-6-6- التشخيص:

يشخص في أثناء الولادة من خلال الفحص المهبلي في أواخر المرحلة الأولى أو في المرحلة الثانية من المخاض [67]. يؤكد جس الحافة الحجاجية ، السرج الأنفي والفم والذقن تشخيص المجيء الوجهي. ويكون اليافوخ والدروز ليست واضحة عموماً [68].

عند التشخيص ، ما يقرب من 60 % من حالات المجيء الوجهي هي ذقني أمامي ، 26 % ذقني خلفي ، و 15% ذقني معترض ويمكن تحديده على أنه ذقني معترض أيسر أو أيمن [64].

يظهر التصوير الصدوي عبر البطن أو الشفرين أو المهبل في حالات المجيء الوجهي رقبة الجنين بحالة فرط انبساط ، مع وجود الحجاج وجسر الأنف في مركز الجزء المتقدم على مستوى الخط الناصف [70].

قد يشخص المجيء الوجهي تشخيصاً خاطئاً على أنه مقعدي بالمس المهبلي نظراً لأن هذا الأخير أكثر شيوعاً.

كلا المجيئين يتميزان بالأنسجة الرخوة حول الفتحة، ومع ذلك ، فإن الجس الدقيق سيحدد الهيكل العظمي للوجه ويؤدي إلى تصحيح التشخيص.

يمكن تأكيد التشخيص تأكيداً أكثر سهولة مع توافر التصوير الصدوي في معظم أقسام الولادة.

4-6-7- تدبير المخاض والولادة:

✶ **مراقبة النظم القلبي الجنيني:**

تراقب ضربات قلب الجنين مراقبة مستمرة بوضع جهاز مراقبة النظم الخارجي.

قد يتسبب الجهاز الداخلي في حدوث إصابات في الوجه أو العيون إذا تم وضعها بشكل غير صحيح [70، 71].

إذا كانت المراقبة الداخلية مطلوبة، فيجب وضع المسبار بعناية فوق العظم مثل الجبهة أو الفك السفلي أو العظام الوجنية لتقليل مخاطر الرضوض [72].

تحدث اضطرابات معدل ضربات قلب الجنين حدوثاً متكرراً أكثر مع حالات المجيء الوجهي [62 ، 72 ، 73].

✶ **المجيء الوجهي الذقني الأمامي:**

يحتاج ذقن الجنين في حالات المجيء الوجهي الذقني الأمامي للمرور تحت ارتفاق العانة. ولكي يحصل هذا المرور تحتاج رقبة الجنين المنبسطة للانبساط انبساطاً أكثر.

بعد ظهور الذقن تحت ارتفاق العانة ،يحدث مزيد من النزول واندفاع الجنين خارجاً [67].

تولد أكثر من 75 %من الأجنة بمجيء وجهي ذقني أمامي عن طريق المهبل[73 ،74].

تبدأ السيدة بالحزق عند حدوث الاتساع التام. يجب مراقبة تقدم المخاض عن كثب فمن الممكن أن يحدث توقف النزول.

يجرى حث المخاض بالأوكسيتوسين و إجراء الولادة القيصرية حسب الاستطبابات التوليدية[73].

يجب الابتعاد عن الولادة المساعدة بالملقط أو المحجم وذلك لتجنب الرضوض الوالدية و الاصابات الوليدية غير الضرورية [75].

على عكس المجيء القمي الأمامي، لا يحدث التدخل حتى يصبح الوجه عند مستوى +2 [67].

✶ **الوجهي الذقني الخلفي:**

تكون رقبة الجنين منبسطة انبساطاً تاماً في المجيء الوجهي الذقني الخلفي ولا يمكن أن تنبسط أكثر للسماح للقذال بالمرور تحت ارتفاق العانة.

لذلك ، فإن المجيء الوجهي الخلفي لا يمر عن طريق المهبل إلا عند حدوث الدوران العفوي ليتحول لمجيء ذقني أمامي ، وغالباً ما يكون متأخراً في المرحلة الثانية من المخاض ، أو أن الجنين صغير جداً ، أو أن الحوض كبير جداً[76].

إذا كانت حالة الجنين مطمئنة وتطور المخاض طبيعياً فإن الجنين بالمجيء الوجهي الذقني الخلفي يترك للتطور العفوي حتى تترك الفرصة لحدوث الدوران العفوي لمجيء ذقني أمامي[76].

في حال وجود اضطراب بتطور المخاض يتوجب إجراء ولادة قيصرية.

في حال كانت السيدة عديدة ولادة ووزن الجنين المقدر بالتصوير الصدوي أقل من وزن الجنين بالولادة السابقة يراقب المخاض مراقبة لصيقة وتجرى الولادة القيصرية عند حدوث أي اضطراب.

في حال كانت السيدة عديمة ولادة أو كان الجنين كبير الحجم ينصح بإجراء ولادة قيصرية باكراً عند بدء المخاض.

يوجد اتفاق بأنّ الولادة المهبلية المساعدة مضاد استطباب في حال المجيء الوجهي الذقني الخلفي [77-78].

✶ **المجيء الوجهي الذقني المعترض** كما في تدبير المجيء الوجهي الذقني الخلفي.

4-6-8- النتائج الوليدية:

كانت نسبة الوفيات الوليدية في مرحلة ماحول الولادة قبل عام 1950 في حالات المجيء الوجهي حوالي 10% [67]

وانخفضت بحلول عام 1980 وأصبحت حوالي 2-3% وذلك بسبب زيادة نسبة الولادة القيصرية إضافة لتطور الرعاية التوليدية والوليدية [67].

يتظاهر الولدان بمجيء وجهي بوذمة مهمة في الوجه وكدمات وجهية وتقولب كبير بالجمجمة وتتراجع هذه الأعراض خلال 24 – 48 ساعة بعد الولادة [79].

4-7- المجيء الجبهي:

4-7-4- التعريف:

يكون الجزء الذي يتقدم فيه المجيء في القناة الولادية الجبهة وهي المنطقة بين مقدم الجبهة وحتى الحافة الحجاجية دون أن تشمل الفم والذقن. وتكون الرقبة بحالة بسط ولكن بدرجة أقل من المجيء الوجهي.

4-7-5- التشخيص:

عن طريق المس المهبلي في الطور الثاني من المخاض، ويكون بجس مقدم الرأس والحافة الحجاجية وجذر الأنف دون مس الفم أو الذقن.

يكون المجيء الجبهي أمامياً أو خلفياً [76].

يوجد دليل متزايد على أن التصوير الصدوي أكثر دقة في تشخيص المجيء الجبهي من المس المهبلي و يمكن أن نستخدم التصوير الصدوي في تشخيص المجيئات المعيبة وتأكيدها[80].

نلاحظ نقصان بقيمة الزاوية بين القفا والعمود الرقبي في حال كان القفا أمامياً عن طريق التصوير الصدوي عبر البطن حيث تقيس هذه الزاوية حوالي 90 درجة بدل 120 درجة، وفي حال كان القفا خلفي يكون الذقن منفصلاً عن الصدر والعمود الرقبي يصنع انحناء أمامي [68].

4-7-6- المخاض والولادة:

تعطى السيدات مع حوض مناسب فرصة مخاض وذلك لأن المجيء الجبهي مجيء عابر بين الوجهي والقمي.

أظهرت إحدى الدراسات أنّه عند تشخيص المجيء الجبهي باكراً في بداية المخاض حوالي 67-75% من الأجنة ولادوا مهبلياً و تحول المجيء الجبهي لمجيء وجهي ذقني أمامي أو قمي خلفي [80].

إذا استمر المجيء الجبهي ولم ينقلب لمجيء وجهي ذقني أمامي أو قمي خلفي يحدث توقف بتطور المخاض ونلجأ للولادة القيصرية.

4-8- **الموجز:**

جرى الحديث عن المجيئين الوجهي والجبهي ونسبة انتشارهما والعوامل المؤهبة لحدوثهما واختلاطاتهما وطرق تدبيرهما.

الفصل الخامس: دراسات مرجعية

Reference Studies

5-1- التمهيد:

في هذ الفصل سيكون الحديث عن عدّة دراسات عالمية مشابهة لدراستنا والمقارنة بينها.

5-2- دراسة دوفي وزملائها2018 في أمريكا [7]:

أجري بحث ضخم ضم 436,112سيدة في دراسة وصفية بين عامي 2010 و 2016 جمعت فيها البيانات من خلال مكتب تسجيل الشبكة العالمية لصحة الأم والوليد The Global Network's Maternal and Newborn Health Registry (MNHR) وجدت هذه الدراسة أن:

- ✓ 8872 حالة من الحالات المدروسة كانت بمجيء غير نظامي في وقت الولادة وهو مايقدر بنسبة2% ،مع ميل متساو لحدوث المجيئات المعيبة عند الولودات والخروسات باستثناء المجيء المقعدي الذي يغلب ظهوره عند الخروسات، والمجيء المعترض الذي يكثر عند عديدات الولادة.
- ✓ نسبة اللجوء للولادة القيصرية في حالة المجيء المعيب كانت 63.6% .
- ✓ معدلات موت الجنين داخل الرحم والوفيات الوليدية في المجيئات المعيبة أكبر منها في المجيء القمي و بلغت 1\1000 و2\1000 على الترتيب .
- ✓ معدلات الاختلاطات والإجراءات الحادثة في أثناء المخاض عند السيدات خلال الولادة لمجيء معيب أكبر منها في حالة المجيء القمي 15.6%بالمقارنة مع 2.3%على الترتيب.
- ✓ معدلات الوفيات الوالدية في المجيئات المعيبة كانت أكبر منها في حالة المجيء القمي ولوحظت بنسبة أكبر في الولادة المهبلية عنها في الولادة القيصرية.

5-3- دراسة Tasneem وزملائها في الهند 2018 [8]:

أجريت هذه الدراسة التقدمية خلال مدة 18 شهراً وتضمنت عينة مؤلفة من 384 سيدة ولدن بمجيئات معيبة. هدفت هذه الدراسة لتقييم نتائج المجيئات المعيبة المختلفة فولدت حوالي 134 سيدة مهبلياً في حين ولدت 246 سيدة بالطريقة القيصرية.

أغلب حالات المجيئات المعيبة كانت مقعدية بنسبة 86% ومعترضة بنسبة 8.2% ووجهية بنسبة 4.2%. أظهرت هذه الدراسة أن المجيء المقعدي هو المجيء المعيب الأشيع وعلى الرغم من أن الولادة القيصرية تترافق بنتائج والدية جيدة كذلك لاحظنا أن الولادة المهبلية أيضاً تترافق بنتائج جيدة.

إن التشخيص المبكر للمجيء المعترض والجبهي متبوعاً بالولادة القيصرية بتمام الحمل يعطي نتائج جيدة.

5-4- دراسة S.Shruthi وزملائها في الهند 2020 [9]:

أجريت هذه الدراسة الترقبية من أكتوبر 2018 وحتى أيلول 2019 ، تضمنت عينة مؤلفة من 180 سيدة شخصن بمجيء معيب. كانت نسبة حدوث المجيئات المعيبة في هذه الدراسة حوالي 7.72% وأشيعها المجيء المقعدي بنسبة 4.385 والمعترض بنسبة 1.11% والوجهي 0.28% والجبهي 0.05%.

ووجد أنّ أشيع العوامل المؤهبة للمجيء المقعدي هو الخداج بينما كان أشيع العوامل المؤهبة للمجيئ المعترض تعدد الولادات.

لوحظ أشيع اختلاطات المجيئات المعيبة هو المخاض المسدود يليه النزف عقب الولادة.

التشخيص المبكر والتدبير بالوقت المناسب لحالات المجيئات المعيبة يقلل نسبة الاختلاطات ويجب أن تجرى الولادة المهبلية في حالة المجيئات المعيبة بمراكز متخصصة وبأيدي خبيرة مع وجود تجهيزات للولادة القيصرية عند الحاجة.

الجزء الثاني:

القسم العملي

الفصل الأول:

هدف البحث وطريقة إجرائه

1-4- التمهيد:

يستعرض هذا الفصل الجانب العملي من الدراسة، في الأهداف وطريقة تصميم الدراسة والطرائق المُستَخدمة والمنهج الإحصائي المُتَّبع.

1-5- هدف البحث:

يهدف البحث إلى تقييم النتائج الوليدية والوالدية لتوليد الأجنة مع مجيء معيب ومقارنتها مع مجموعة الشواهد التي تضم الحالات بمجيء نظامي(قمي) من خلال:

- ✓ دراسة نوع الولادة المفضَل في كلا المجموعتين.
- ✓ دراسة المضاعفات ممكنة الحدوث في أثناء سير المخاض في مجموعتي الدراسة.
- ✓ دراسة النتائج الوليدية والوالدية.

1-6- مواد البحث وطرائقه:

1-3-1- تصميم الدراسة:

❋ دراسة حشدية مستقبلية **prospective cohort study**.

1-3-2- عينة الدراسة:

دراسة حشدية مستقبلية، أجريت في مشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي في المدة ما بين 29\03\2022 وحتّى 29\03\2023 ، و اشتملت على 200 سيّدة راجعن المستشفى وولدن خلال 48 ساعة من دخولهن المشفى .

❖ **معايير القبول:**

1- موافقة المريضة.

2- حمل مفرد.

3- عمر الحمل أكبر أو يساوي 28 أسبوعاً حسب آخر دورة طمثية .

4- منسب سائل سلوي طبيعي.

❖ **معايير الاستبعاد:**

1- الحمل المتعدد.

2- تشوهات جنينية.

3- أي عملية سابقة على الرحم.

4- موت محصول الحمل قبل بدء المخاض.

5- تشوهات رحمية (التشوهات الخلقية ، ورم ليفي رحمي،...).

6- المشيمة المنزاحة.

7- أمراض مزمنة عند الأم(ارتفاع التوتر الشرياني ،السكري ،فقر الدم الشديد،...).

8- ما قبل الإرجاج والسكري الحملي والاستسقاء السلوي.

1-3-3- طريقة العمل:

- بعد أخذ الموافقة على إجراء الدراسة من قبل مجلس قسم التوليد وأمراض النساء ومجلس كلية الطب البشري وجامعة دمشق.

- وأخذ موافقة الهيئة العامة لمستشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي بدمشق على استخدام موارد الهيئة.
- وبعد أخذ موافقة السيدات على الاشتراك في البحث واللواتي حققن معايير البحث تم إجراء الآتي:
  - جمع 200 سيدة للدخول بالدراسة ووزعن على مجموعتين :
    - المجموعة الأولى : تضم 100 سيّدة بحمل مفرد بمجيء نظامي(قمي).
    - المجموعة الثانية : تضم 100 سيّدة بحمل مفرد بمجيء معيب(غير قمي).
  - جرت الدراسة على السيدات الحوامل في شعبة المخاض العام و الخاص والمقبولات ممن حققن معايير الإدخال .
  - في البداية أخذت قصة مرضية مفصلة من السيدة وأجري الفحص السريري الشامل.
  - أجري تصوير صدوي بالإيكو البطني لتحديد نوع المجيء (رأسي أو معترض أو مقعدي) ,وإجراء مس مهبلي لتحديد نوع المجيء الرأسي بحسب النقطة الاسكشافية (وجهي ،جبهي ،قمي) وقياسات الجنين والوزن المتوقع عند كل سيدة.
  - اعتمد في تأكيد عمر الحمل في دراستنا على آخر موعد للدورة الطمثية LMP أو القياس الصدوي الموثوق المجرى قبل الأسبوع 12 من الحمل.
  - أجري تحليل CBC وزمرة لكل سيّدة عند القبول وقورنت قيم الخضاب قبل الولادة ل وبعدها لتحديد كمية الدم المفقودة عند كل سيّدة.
  - توبع نمط الولادة المستخدم تبعاً لما تستوجبه الحالة مع تسجيل الاختلاطات الوالدية في حال حدوثها (تمزق الرحم، نزوف العطالة،...).
  - كما قيمت النتائج الجنينية الباكرة باستخدام مشعر أبغار لكلا نوعي الولادة المستخدم ،حيث قيمت علامات أبغار في الدقيقة الأولى وفقا لما يلي:[6]

علامات أبغار			
	النتيجة 0	النتيجة 1	النتيجة 2
المظهر العام (اللون)	زرقة معممة	زرقة يدين وقدمين	لون وردي
النبض	غائب أو أقل من 60\د	بين 60 –100\د	أكثر من 100\د
الاستجابة للتنبيه	لا يوحد استجابة	يقطب وجهه	يبكي ويسعل
المقوية العضلية	رخو	يثني الطرف	حركات نشيطة
التنفس	غائب	ضـــعيف أو غيـــر منتظم	بكاء بصوت عال

- ✓ كل قيمة تأخذ درجة (0 أو 1 أو 2) ليكون مجموع القيم 10 ، ويقيم الوليد على سلم مدرج من 0 إلى 10 درجات.
- ✓ وتُعَدّ النتيجة الإجمالية من 7–10 في 5 دقائق طبيعية ، ومن 4–6 متوسِّطة ، و من 0–3 منخفضة.
- ♦ بعد الانتهاء من جمع البيانات أدخلت إلى الحاسوب ودراست إحصائياً باستخدام برنامج SPSS الإحصائي واستخلاص النتائج.

1-7- الاعتبارات الأخلاقية:

- ✓ استخدمت البيانات استخداماً مرمزاً مما يغفل هوية السيدة ولم تذكر أي معلومات شخصية حساسة.
- ✓ وإنّ السيدة موافقة على الدخول بالدراسة و الإجراءات المتخذة خلال الدراسة تهدف لإنقاذ حياة السيدة وتدبير حالتها بالطريقة المثلى.

1-8- حجم العينة:

حسب حجم عينة البحث باستخدام معادلة ستيفن ثومبسون Steven Sompson على الشكل الآتي:

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{\left[\left[N-1 \times \left(d^2 \div z^2\right)\right] + p(1-p)\right]}$$

حيث:

N: هو حجم المجتمع بالنظر إلى عدد حالات المجيئات المعيبة والنظامية.

P: نسبة توفر الخاصية و المحايدة = 0.50

Z: الدرجة المعيارية لمستوى الثقة 0.95 وتساوي 1.96

d: نسبة الخطأ 0.05

وبتطبيق المعادلة يكون حجم العيّنة المطلوب 200 سيدة.

1-9- المفاهيم والاعتبارات:

- ✓ **المجيء المعيب** :هو أن يتقدم الجنين بتماس المضيق العلوي بمجيء غير المجيء القمي ويشمل هذا التعريف المجيء المقعدي والمعترض و الوجهي و الجبهي والمركب.
- ✓ **المجيء المعترض:** يشير المجيء المعترض إلى المجيء الذي يكون فيه المحور الطولاني للجنين عمودياً على المحور الطولاني للرحم.
- ✓ **المجيء الجبهي:** يكون الجزء الذي يتقدم فيه المجيء في القناة الولادية الجبهة وهي المنطقة بين مقدم الجبهة وحتى الحافة الحجاجية دون أن تشمل الفم والذقن. وتكون الرقبة بحالة بسط ولكن بدرجة أقل من المجيء الوجهي.
- ✓ **المجيء الوجهي:** وهو المجيء الذي يكون فيه وجه الجنين "من مقدم الجبين حتى الذقن" هو الجزء الرئيسي من جسم الجنين (الجزء المتقدم) الذي ينزل إلى قناة الولادة. وتكون رقبة الجنين منبسطة ليلامس القفا ظهر الجنين.

وفيما يلي نسخة عن استمارة البحث والموافقة المستنيرة:

الاستبيان:

اسم السيدة: عمر السيدة:

رقم الإضبارة :

السوابق المرضية :

القصة التوليدية: عمر الحمل:

الفحص السريري:

التصوير الصدوي:

نوع المجيء :

نمط الولادة المستخدم:

الاختلاطات التوليدية الباكرة حسب نمط الولادة :

الولادة المهبلية:	الحدوث	الولادة القيصرية:	الحدوث
تمزقات العجان من الدرجة 1 إلى 4.		تمزق الرحم	
الوفيات الوالدية		نزف العطالة.	
نزف العطالة.		الحاجة لقبول الوليد في العناية المشددة	
الحاجة إلى الولادة القيصرية الإسعافية.		أذيات المثانة	
الحاجة لقبول الوليد في العناية المشددة		الوفيات الوالدية	

النتائج الجنينية حسب مشعر أبغار:

ملاحظات:

الموافقة المستنيرة

المجيئات المعيبة ونتائجها الوليدية والوالدية : دراسة حشدية

❊ **سيدتي:**

- ✶ سوف أقوم بالإجراءات الروتينية المتخذة بحق السيدات الموجودات في شعبة المخاض من استجواب و فحص و تصوير صدوي لك.
- ✶ طبيعة الدراسة لا تحمل خطراً عليك ولا تشمل أي تداخل من شأنه التأثير السلبي على سير المخاض وكل التدخلات التي سوف تجرى ستكون مضبوطة المعايير ولا يتطلب منك أي تكلفة مادية تأخذينها على عاتقك.
- ✶ البيانات و النتائج التي سوف تظهر تتمتع بالسرية التامة و لن يستحدم ما يشير الى هويتك بأي صورة كانت.
- ✶ سيجاب عن أي استفسار ترغبين به من قبل الباحث.
- ✶ يمكنك رفض الدخول بالدراسة أو الانسحاب منها بأي وقت دون أن يؤثر ذلك على نوعية الخدمة الصحية المقدمة ولك كامل الحق في رفض الإجابة عن أي سؤال لا ترغبين الإجابة عنه .
- ✶ نطمح لمشاركتك في هذه الدراسة و شكراً لك .

أقر أن هذه الموافقة تمت بعد الاطلاع على التفاصيل الواردة سابقاً و الإجابة على كل أسئلتي و استفساراتي حول الموضوع.

اسم السيدة والتوقيع:

الطبيب الباحث:

نور الشربعي

1-10- التحليل الإحصائي:

استخدم البرنامج الإحصائي حزمة SPSS 26 لحساب: التكرار والنسب المئوية لكل متغيرات الدراسة الاسمية والفئوية، وكذلك استخدم البرنامج لاختبار الفرضيات الإحصائية عند مستوى ثقة $\alpha=0.05$ وعدت ثنائية الاتجاه، و استخدم اختبار كاي مربع لدراسة الاستقلالية بين المتغيرات الإسمية، واختبار كروكسال واليس لدراسة العلاقة بين المتغيرات الفئوية والاسمية، و تنص الفرضية الصفرية لكلا الاختبارين على أن المتغيرين المدروسين لا علاقة بينهما أي الفروقات ليست ذات أهمية إحصائية، وتنص الفرضية البديلة على أنه هناك علاقة بين المتغيرات المدروسة، وتُقبل الفرضية البديلة إذا كانت قيمة الاحتمال أقل من مستوى الثقة أي $p\text{-value}\leq\alpha=0.05$ ونقبل الفرضية الصفرية إذا كانت قيمة الاحتمال أكبر من $\alpha=0.05$.

1-11- الموجز:

في نهاية هذا الفصل نكون قد ألقينا الضوء على تفاصيل الجزء العملي من الدراسة مع تعريف مُفصَّل بآلية العمل والطرق الإحصائية المُتَّبعة في البحث للوصول إلى إجابة على السؤال البحثي.

الفصل الثاني:

نتائج البحث

2-1- تمهيد

يعرض هذا الفصل خصائص المشاركات في البحث ونتائج المقارنة بين طريقة الولادة المهبلية والقيصرية للمجيئات المعيبة والنظامية والاختلاطات في كل منهما.

2-2- خصائص المشاركات في البحث:

شارك في البحث 200 سيدة ممن يحققن معايير القبول في الدراسة، ثم وزعت المشاركات إلى مجموعتين:

- ✓ المجموعة الأولى: تضم 100 سيّدة بحمل مفرد بمجيء نظامي (قمي).
- ✓ المجموعة الثانية: تضم 100 سيّدة بحمل مفرد بمجيء معيب (غير قمي).

2-3- عدد الولادات السابقة:

يُبين الجدول (2-1) أن نسبة السيدات الولودات هي الأشيع بين مجموعات البحث بنسبة 61.5% لكامل المشاركات وبنسب تتراوح بين 50% للمجيء الجبهي وحتى 80% للمجيء المعترض دون أي فروقات ذات أهمية إحصائية بين الفئات في عدد الولادات السابقة لمجموعتي البحث

.p-value =0.23>0.05

جدول (2-1): التكرار والنسب المئوية لعدد الولادات السابقة لمجموعات البحث.

المجموعات	المجموعات													المجموع	
	المجيء المعيب								المجيء النظامي		مجموع المجيء المعيب				
	المقعدي		المعترض		الوجهي		الجبهي								
	n	n%	n	n%	N	n%	n	n%	n	n%	n	n%	N	n%	N
خروس	35	46.67	3	20	2	33	2	50	35	35	42	42	42	38.5	77
ولود	40	53.33	12	80	4	67	2	50	65	65	58	58	58	61.5	123
المجموعات	75	100	15	100	6	100	4	100	100	100	100	100	100	100	200

2-4- العمر الحملي للجنين:

يُبين الجدول (2-2) أنه ليس هناك فروقات ذات أهمية إحصائية في العمر الحملي بين مجموعات البحث، وكان العمر الحملي الأشيع بين المشاركات في البحث هو 37 أسبوعاً وما فوق بنسبة 81.5%.

جدول (2-2): التكرار والنسب المئوية لمجموعات البحث وفقاً للعمر الحملي.

العمر الحملي	المجيء المعيب		المجيء النظامي		المجموع		p-value
	N	n%	N	n%	n	n%	
أسبوع [28-34[	7	7	3	3	10	5	0.220
[34، 37[أسبوع	16	16	11	11	27	13.5	
37 أسبوع وما فوق	77	77	86	86	163	81.5	
المجموع	100	100	100	100	200	100	

2-5- توزع العينة حسب نمط الولادة:

يُبين الجدول (2-3) أن هناك فروقاً ذات أهمية إحصائية p-value =0.001<0.05 بين نمط الولادة والمجيء، و كانت الولادة القيصرية هي الأشيع بنسبة 87% عند مجموعة المجيء المعيب وكانت بنسبة 100% عند كل من المجيء المعترض والوجهي والجبهي، في حين كانت الولادة المهبلية هي الأشيع بنسبة 84% عند المجيء النظامي.

جدول (2-3): التكرار والنسب المئوية لنمط الولادة لدى مجموعات البحث

المجموعات	المجموعات													المجموع	
	المجيء المعيب										المجيء النظامي				
	المقعدي		المعترض		الوجهي		الجبهي		مجموع المجيء المعيب						
	N	n%	N	n%	N	n%	n	n%	N	n%	n	n%	N	n%	
قيصرية	62	82.67	15	100	6	100	4	100	87	87	16	16	103	51.5	
مهبلية	13	17.33	0	0	0	0	0	0	13	13	84	84	97	48.5	
المجموعات	75	100	15	100	6	100	4	100	100	100	100	100	200	100	

2-6- أبغار الوليد:

❖ **المقارنة من حيث الولادة المهبلية بين المجيء المقعدي والنظامي:**

يُبين الجدول (2-4) أن هناك فروقاً ذات أهمية إحصائية بين مجموعات البحث في مشعر أبغار الوليد وفقاً لنوع المجيء في الولادة المهبلية p-value =0.001<0.05، حيث كانت مجال مشعر الأبغار الأشيع في المجيء النظامي 7-10 بنسبة 85%، في حين كان مجال المشعر الأشيع في المجيء المقعدي هو 4-6 بنسبة 46%

جدول (2-4): التكرار والنسب المئوية لمشعر أبغار حسب الولادة المهبلية لدى مجموعات البحث

مشعر أبغار الوليد	المجموعات وفقاً لنوع المجيء				المجموع		p-value
	المقعدي		النظامي				
	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	
0-3	3	23	3	4	6	6	0.001
4-6	6	46	10	12	16	16	
7-10	4	31	71	85	75	77	
المجموع	13	100	84	100	97	100	

❖ **المقارنة من حيث الولادة القيصرية بين المجيئات المعيبة والنظامية:**

يُبين الجدول (2-5) غياب الفروقات الإحصائية بين نوع المجيء المعيب والنظامي والذين ولدوا بالطريقة القيصرية حسب مشعر أبغار الوليد p-value =0.98>0.05

جدول (2-5): التكرار والنسب المئوية لمشعر أبغار حسب الولادة القيصرية لدى مجموعات البحث

مشعر أبغار الوليد	المجموعات وفقاً لنوع المجيء												المجموع		p-value
	المقعدي		المعترض		الوجهي		الجبهي		المجيء النظامي						
	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	عدد	نسبة مئوية	
0-3	10	16	2	13	1	17	0	0	4	25	17	17	17	17	0.98
4-6	20	32	5	33	2	33	2	50	5	31	34	33			
7-10	32	52	8	53	3	50	2	50	7	44	52	50			
المجموع	62	100	15	100	6	100	4	100	16	100	103	100			

7-2- الحاجة للقبول في وحدة العناية المشددة للوليد:

بلغت نسبة حالات القبول في وحدة العناية المشددة بين مجموعات البحث 15.5% منها 9% من حالات الولادة القيصرية والبقية من الولادة المهبلية، وكان عدد حالات القبول في وحدة العناية المشددة في الولادة المهبلية 6 من أصل 13 ولادة بين حالات المجيء المعيب **وكلهم ضمن مجموعة المجيء المقعدي** بينما في المجيء النظامي 7من أصل 84 ولادة مما شكل فارقاً مهماً في الولادة المهبلية لكل من المجيء النظامي والمقعدي، في حين كانت حالات القبول في وحدة العناية المشددة في الولادة القيصرية أكبر (15 حالة) لحالات المجيء المعيب مقارنة بالمجيء النظامي (3 حالات).

جدول (2-6): التكرار والنسب المئوية للقبول بالعناية المشددة وفقاً لمجموعات المجيء ونمط الولادة

نمط الولادة	القبول بالعناية المشددة	المجيء المعيب		المجيء النظامي		المجموع		p-value
		N	n%	N	n%	N	n%	
مهبلية	نعم	6	6.0	7	7	13	6.5	0.002
	لا	7	7.0	77	77	84	42	
	المجموع	13	13.0	84	84	97	48.5	
قيصرية	نعم	15	15.0	3	3	18	9	0.88
	لا	72	72.0	13	13	85	42.5	
	المجموع	87	87.0	16	16	103	51.5	
المجموع	نعم	21	21.0	10	10	31	15.5	0.032
	لا	79	79.0	90	90	169	84.5	
	المجموع	100	100.0	100	100	200	100	

8-2- أسباب قبول الوليد بوحدة العناية المشددة:

كان أشيع أسباب القبول في وحدة العناية المشددة في حالات الولادة المهبلية كل من المخاض العسير ونقص الأكسجة الجنينية والرضوض الجنينية بنسبة 13% لكل واحدة وكانت الرضوض الجنينية هي عامل الخطر الأهم للقبول في وحدة العناية المشددة في حالات الولادة المهبلية للمجيء المعيب حيث كانت السبب المباشر لنصف حالات القبول في حالة الولادة المهبلية، بينما في الولادة القيصرية كان السبب الأشيع للقبول بوحدة العناية المشددة صعوبة استخراج الجنين وما يرافقه من رضوض وبنسبة 29% ونلاحظ أن الرضوض الجنينية هي عامل الخطر الأهم للقبول بوحدة العناية المشددة في المجيئات المعيبة في الولادة القيصرية وبفارق هام مقارنة بالولادة القيصرية للمجيء النظامي.

جدول(2-7): أسباب قبول الولدان في العناية المشددة حسب مجموعات البحث.

نمط الولادة	أسباب القبول بالعناية المشددة	المجيء المعيب		المجيء النظامي		المجموع	
		N	n%	N	n%	N	n%
مهبلية	المخاض العسير"تطاول المخاض"	1	4.8	3	30	4	13
	نقص الأكسجة الجنينية	1	4.8	2	20	4	13
	الرضوض الجنينية	3	14.2	1	10	4	13
	الاستنشاق	1	4.8	1	10	1	3
	المجموع	6	28.6	7	70	13	42
قيصرية	صعوبة الاستخراج والرضوض الجنينة	8	38	1	10	9	29
	الاستنشاق	3	14.2	0	0	3	9.6
	نقص الأكسجة الجنينية	4	19	2	20	6	19.3
	المجموع	15	71.4	3	30	18	58
المجموع	المخاض العسير	1	4.8	3	30	4	13
	نقص الأكسجة الجنينية	5	23.8	4	40	9	29
	الرضوض الجنينية وصعوبة الاستخراج	11	52.2	2	20	13	42
	الاستنشاق	4	19	1	10	5	16
	المجموع	21	100	10	100	31	%100

2-9- الاختلاطات الوالدية:

يُبين الجدول ظهور الاختلاطات في حالات المجيء المعيب والنظامي لمجموع المشاركات في البحث، و كان هناك فروقات ذات أهمية إحصائية p-value<0.05 في كل من:

1. النزف عقب الولادة: يشكل حدوث النزف عقب الولادة نسبة 8.5% من عدد الحالات، وكان أكثر حدوثاً عند المجيء المعيب بنسبة 13% مقارنة ب4% للمجيء النظامي.
2. القيصرية الاسعافية: كانت نسبة حدوثها لدى المشاركات 15%، وهي أكثر حدوثاً عند المجيء المعيب بنسبة 24% مقارنة بنسبة 6% للمجيء النظامي.
3. الحاجة للاستشفاء(الإقامة أكثر من 24 ساعة بعد الولادة): كانت نسبة الحاجة للاستشفاء لدى المشاركات 18.5%، وكانت النسبة الأكبر من الحاجة للاستشفاء بين مجموعة المجيء المعيب بنسبة 30% مقارنة بنسبة المجيء النظامي 7%.

جدول(2-8): التكرارات والنسب المئوية للاختلاطات الوالدية حسب المجيء

الاختلاط	ظهور الاختلاط	المجيء المعيب		المجيء النظامي		المجموع		p-value
		N	n%	N	n%	n	n%	
النزف عقب الولادة(العطالة)	نعم	13	13.0	4	4	17	8.5	0.022
	لا	87	87.0	96	96	183	91.5	
	المجموع	100	100.0	100	100	200	100	
تمزق الرحم	نعم	4	4.0	1	1	5	2.5	0.17
	لا	96	96.0	99	99	195	97.5	
	المجموع	100	100.0	100	100	200	100	
القيصرية الاسعافية	نعم	24	24.0	6	6	30	15	0.001
	لا	76	76.0	94	94	170	85	
	المجموع	100	100.0	100	100	200	100	
الحاجة للاستشفاء	نعم	30	30.0	7	7	37	18.5	0.01
	لا	70	70.0	93	93	163	81.5	
	المجموع	100	100.0	100	100	200	100	
الوفيات الوالدية	نعم	2	2.0	1	1	3	1.5	0.58
	لا	98	98.0	99	99	197	98.5	
	المجموع	100	100.0	100	100	200	100	

10-2- تصنيف حدوث الاختلاطات من حيث المجيء:

A. المجيء المعيب:

يبين الجدول (2-8) أن هناك فروقات ذات أهمية إحصائية بين الحاجة للاستشفاء عند حالات المجيء المعيب وفقاً لنمط الولادة و كانت الحاجة للاستشفاء أشيع لدى الولادة القيصرية بنسبة 26% مقابل 4% بالنسبة لحالات الولادة المهبلية.

جدول(2-9): التكرار والنسب المئوية للاختلاطات المجيء المعيب وفقاً لنمط الولادة.

اختلاطات المجيء المعيب	ظهور الاختلاط	الولادة مهبلية		الولادة قيصرية		المجموع		p-value
		n	n%	n	n%	N	n%	
النزف عقب الولادة	نعم	4	4	9	9	13	6.5	0.15
	لا	96	96	91	91	187	93.5	
	المجموع	100	100	100	100	200	100	
تمزق الرحم	نعم	0	0	4	4	4	2	0.061
	لا	100	100	96	96	196	98	
	المجموع	100	100	100	100	200	100	
القيصرية الاسعافية	نعم	24	24	24	24	48	24	0.56
	لا	76	76	76	76	152	76	
	المجموع	100	100	100	100	200	100	
الحاجة للاستشفاء	نعم	4	4	26	26	30	15	0.001
	لا	96	96	74	74	170	85	
	المجموع	100	100	100	100	200	100	
الوفيات الوالدية	نعم	1	1	1	1	2	1	0.75
	لا	99	99	99	99	198	99	
	المجموع	100	100	100	100	200	100	

B. المجيء النظامي:

لم يكن هناك أي فروقات ذات أهمية إحصائية بين اختلاطات المجيء النظامي وفقاً لنمط الولادة p-value>0.05.

جدول (2-10): التكرار والنسب المئوية لاختلاطات المجيء النظامي وفقاً لنمط الولادة.

اختلاطات المجيء النظامي		الولادة مهبلية		الولادة قيصرية		المجموع		p-value
		N	n%	n	n%	n	n%	
النزف عقب الولادة	نعم	3	3	1	1	4	2	0.31
	لا	97	97	99	99	196	98	
	المجموع	100	100	100	100	200	100	
تمزق الرحم	نعم	0	0	1	1	1	0.5	0.51
	لا	100	100	99	99	199	99.5	
	المجموع	100	100	100	100	200	100	
القيصرية الاسعافية	نعم	6	6	6	6	12	6	0.56
	لا	94	94	94	94	188	94	
	المجموع	100	100	100	100	200	100	
الحاجة للاستشفاء	نعم	2	2	5	5	7	3.5	0.61
	لا	98	98	95	95	193	96.5	
	المجموع	100	100	100	100	200	100	
الوفيات الوالدية	نعم	0	0	1	1	1	0.5	-
	لا	100	100	99	99	199	99.5	
	المجموع	100	100	100	100	200	100	

11-2- **الموجز:**

بالمقارنة بين مجموعتي الدراسة لم نلاحظ أي تأثير لكل من عمر المريضة والعمر الحملي وعدد الولادات السابقة أي تأثير على النتائج، بينما لاحظنا أن أغلب المجيئات المعيبة ولدت بالطريقة القيصرية عكس النظامية التي ولدت مهبلياً.

لاحظنا أن أكثر من 75% من ولدان المجيئات النظامية كانت درجة أبغار في الدقيقة الأولى 7 وأكثر بينما حوالي نصف المجيئات المعيبة فقط كانت 7 وأكثر.

كانت نسبة القبول في العناية المشددة لولدان المجيئات المعيبة حوالي 21% بينما فقط 10% من ولدان المجيئات النظامية قبلوا في وحدة العناية المشددة.

لاحظنا أن نسبة بعض الاختلاطات كالنزف عقب الولادة والحاجة للاستشفاء والولادة القيصرية الإسعافية أكثر في المجيئات المعيبة وبفارق مهم احصائياً.

الفصل الثالث:

المقارنة مع الدراسات العالمية المشابهة

3-1- التمهيد:

قمنا بمراجعة ثلاثة أبحاث درست المجيئات المعيبة وطريقة توليدها والاختلاطات المرافقة لها على كل من الأم وجنينها وجرت المقارنة بين هذه الأبحاث ودراستنا :

3-2- لمحة موجزة عن دراسات المقارنة:

الجدول (3-1): **لمحة عن دراسات المقارنة**

الباحث	الدولة	السنة	العدد	مضمون الدراسة
دراستنا	سوريا	2023	200	تقييم تأثير المجيئات المعيبة على النتائج الوالدية والوليدية ومقارنتها بالمجيئات النظامية.
دراسة كسندرا دوفي	الولايات المتحدة الأمريكية	2019	436112	تأثير المجيء المعيب على النتائج الحملية وتحديد الطريقة المثلى للدراسة. المقارنة بين النتائج الحملية للمجيئات الرأسية وغير الرأسية.
دراسة شروثي	الهند	2020	680	تحديد نسبة المجيئات المعيبة وتقييم عوامل الخطورة والنتائج الحملية.
دراسة تسنيم	الهند	2018	384	تقييم نتائج المجيئات المعيبة المختلفة.

- ❖ سنوات نشر الدراسات ما بين (2018–2023) فهي حديثة وبالتالي فإن موضوع هذه الدراسة يعد من المواضيع الحديثة و قيد البحث حالياً.
- ❖ نلاحظ أنّ حجم العينة كبير في دراسة كسندرا دوفي كونها امتدت لمدة زمنية طويلة حوالي 6 سنوات ومتقارب في دراستي شروثي وتسنيم و امتدت كلا الدراستين حوالي العام.
- ❖ في جميع الدراسات كان الهدف تقييم تأثير المجيئات المعيبة على النتائج الحملية ولكن في دراستنا ودراسة كسندرا دوفي جرت المقارنة بين النتائج الحملية للمجيئات المعيبة مع المجيئات النظامية عكس دراستي شروثي وتسنيم فقد تألفت العينة من المجيئات المعيبة فقط.
- ❖ في دراسة شروثي لاحظنا وجود اهداف أخرى مثل تحديد نسبة المجيئات المعيبة ودراسة نسبة عوامل الخطورة التي تؤهل لحدوث المجيء المعيب وهذا لم نجده في باقي الدراسات.

3-3- المقارنة من حيث العمر الحملي:

الجدول (3-2): **المقارنة من حيث العمر الحملي** :

الباحث	العمر الحملي	المجيء المعيب					المجيء النظامي	P value
		المقعدي	المعترض	الوجهي	الجبهي	المجموع		
دراستنا	37وما فوق	58	12	4	3	%77	%86	0.22
	تحت 37	17	3	2	1	%23	%14	
دراسة كسندرا دوفي	37 ومافوق	%82.3					%87.8	أكثر من 0.05
	دون 37	%17.7					%12.2	
دراسة شروثي		-----					------	---
دراسة تسنيم	37 ومافوق	مقعدي	وجهي	جبهي	معترض	مركب	---	---
		%78	%4.1	%1.3	%7.8	%0.5		
	دون 37	%7.8	0	0	%0.7	0	---	

من الجدول(3-2)نلاحظ:

- ❖في دراستنا وباقي الدراسات السابقة كانت أغلب الولادات بأعمار حملية فوق 37 أسبوعاً حملياً.
- ❖في دراستنا وفي جميع دراسات المقارنة لم يلاحظ أي فروق إحصائية مهمة في العمر الحملي على نتائج الدراسة.
- ❖قارنت دراستنا ودراسة كسندرا دوفي بين المجيئات المعيبة والنظامية وعلى الرغم من أنه لا يوجد فوارق إحصائية بين مجموعتي المقارنة إلا أننا نلاحظ أن نسبة المجيئات المعيبة بأعمار حملية أقل من 37 أكثر من المجيئات النظامية بنفس المجموعة العمرية.
- ❖قارنت دراسة تسنيم بين نسب توزع المجيئات المعيبة ولاحظنا أن أغلب الولدان كانوا بعمر حملي 37 أسبوعاً وما فوق وكان أشيع المجيئات المعيبة هو المجيء المقعدي يليه المعترض ثم الوجهي.

3-4- المقارنة من حيث عدد الولادات:

الجدول (3-3): **المقارنة من حيث عدد الولادات** :

الباحث	العمر الحملي	المجيء المعيب					المجيء النظامي	P value
		المقعدي	المعترض	الوجهي	الجبهي	المجموع		
دراستنا	خروس	35	3	2	2	%42	%35	0.23
	ولود	40	12	4	2	%58	%65	
دراسة كسندرا دوفي	خروس	%39.8					%32.2	أكثر من 0.05
	ولود	%60.2					%67.8	
دراسة شروثي	خروس	مقعدي	وجهي	جبهي	معترض	مركب	------	---
		%48.61	%52	%25	9.18	%33		
	ولود	%5138	%48	%75	90.81	%67		
دراسة تسنيم	خروس	%47.1	%2.34	%0.52	%1.56	0.26		---
	ولود	%38.2	%1.82	%0.78	%6.25	0.26		

من الجدول (3-3) نجد:

- ☒ في دراستنا ودراسة كسندرا دوفي نلاحظ أن نسبة الولودات أكثر من نسبة الخروسات وهذا ما يتوافق مع دراسة شروثي أما في دراسة تسنيم نلاحظ أنً نسبة الخروسات أكثر بشكل طفيف.
- ☒ في دراستنا ودراسة ودراسة كسندرا دوفي نلاحظ أن نسبة المجيئات المعيبة أكثر عند الولودات ولكن دون وجود فوارق إحصائية مهمة.
- ☒ درست شروثي وتسنيم نسبة توزع المجيئات المعيبة وانماطها عند كل من الخروسات والولادات ولاحظنا في كلا الدراستين أن المجيء المقعدي هو أشيع المجيئات المعيبة وهذا يتوافق مع دراستنا وكسندرا دوفي، ولكن في دراسة شروثي نلاحظ أن نسبة توزع المجيء المقعدي عند الخروسات

والولودات متقاربة مع فارق قليل لصالح الولودات بينما في دراسة تسنيم كانت نسبة المجيء المقعدي أكبر عند الخروسات.

☒ لاحظنا في جميع الدراسات المعروضة أن نسبة المجيء المعترض عند الولودات أشيع من الخروسات ومنه نستنتج أن تعدد الولادات هو عامل خطر مؤهب للمجيء المعترض.

3-5- المقارنة في نمط الولادة:

الجدول (3-4): **المقارنة من حيث نمط الولادة** :

الباحث	نمط الولادة	المجيء المعيب					المجيء النظامي	P value
		المقعدي	المعترض	الوجهي	الجبهي	المجموع		
دراستنا	قيصرية	%62	%15	%6	%4	%87	%16	0.001
	مهبلية	%13	0	0	0	%13	%84	
دراسة كسندرا دوفي	قيصرية	%63.6					%11.6	أكثر من 0.05
	مهبلية	%36.4					%88.4	
دراسة شروثي	قيصرية	مقعدي	وجهي	جبهي	معترض	مركب	------	---
		%34.75	%52	%100	%89.7	%75		
	مهبلية	%64.25	%48	0	%10.3	%25		
دراسة تسنيم	قيصرية	%51.5	%3.12	%1.3	8.59	%0.52	---	---
	مهبلية	%33.8	%1	0	0	0	---	

من الجدول (3-4) نلاحظ:

☒ في دراستنا ودراسة كسندرا دوفي قورنت المجيئات المعيبة والنظامية في نمط الولادة و لاحظنا في كلتا الدراستين أن نسبة الولادة القيصرية هي الأشيع في حالة المجيئات المعيبة عكس المجيئات النظامية حيث ولدت أغلب الحالات مهبلياً.

☒ في دراستي شروثي وتسنيم قورن بين أنواع المجيئات المعيبة في نمط الولادة فولدت أغلب المجيئات المعيبة في دراسة تسنيم بالطريقة القيصرية عكس شروثي التب ولدث ثلثي المجيئات المقعدية ونصف المجيئات الوجهية مهبلياً بينما أغلب المجيئات المعترضة والمركبة وكل المجيئات الجبهية ولدت بالطريقة القيصرية.

3-6- المقارنة في الاختلاطات:

A. الاختلاطات الوليدية " من حيث موت الوليد والحاجة للقبول بوحدة العناية المشددة":

الجدول (3-5): **المقارنة من حيث موت الوليد و الحاجة للقبول بوحدة العناية المشددة** :

الباحث	نمط الولادة	المجيء المعيب					المجيء النظامي	P value
		المقعدي	المعترض	الوجهي	الجبهي	المجموع		
دراستنا	مهبلية	%6	0	0	0	%6	%7	0.032
	قيصرية	%10	%3	%1	%1	%15	%3	
دراسة كسندرا دوفي	وفيات ولدان	%6.81					%2.26	---
دراسة تسنيم	قبول بالعناية	مقعدي	وجهي	جبهي	معترض	مركب	------	---
		%5.96	%13.3	0	%10.7	0		

من الجدول (3-5) نجد:

- ☒ في دراستنا نلاحظ أنه 6 من أصل 13 من المجيئات المعيبة الذين ولدوا مهبلياً احتاجوا للقبول بوحدة العناية المشددة أي ما يقارب النصف بينما فقط 7 من أصل 84 من المجيئات النظامية ممن ولدوا مهبلياً احتاجوا للقبول بوحدة العناية المشددة وكذلك كانت نسبة الولدان الذين احتاجوا للقبول بوحدة العناية المشددة ممن ولدوا بالطريقة القيصرية أعلى في حال المجيئات المعيبة.
- ☒ في دراسة كسندرا دوفي نلاحظ أن نسبة وفيات الولدان بحال المجيئات المعيبة أعلى من المجيئات النظامية.
- ☒ نلاحظ في دراسة تسنيم أن نسبة القبول في العناية المشددة تراوحت بين 5.96% في حالة المجيء المقعدي و 13.3% في حالة المجيء الوجهي ولكن حوالي 97% من الحالات التي

خضعت لولادة قيصرية في حالة المجيئات المعيبة كانوا بحالة جيدة وفقط 3% احتاجوا للقبول بوحدة العناية امشددة بينما حوالي 84% من الذين ولدوا مهبلياً كانوا بحالة جيدة وحةالي 16% احتاجوا للقبول بالعناية المشددة.

B. <u>الاختلاطات الوالدية:</u>

الجدول (3-6): **المقارنة من حيث الاختلاطات الوالدية** :

الباحث	الاختلاط	المجيء المعيب	المجيء النظامي	P value
دراستنا	النزف عقب الولادة	%13	%4	0.02
	القيصرية الاسعافية	%24	%6	0.001
	الحاجة للاستشفاء	%30	%7	0.01
	تمزق الرحم	%4	%1	0.17
دراسة كسندرا دوفي	النزف عقب الولادة	%7.1	%2	--
	استئصال الرحم	%0.4	%0.1	--
	الحاجة للاستشفاء	%26.7	%4	--
	التوسيع والتجريف	%8.8	%4.7	--
دراسة شروثي	نزف عقب الولادة	%3.67	---	
	تمزق الرحم	%0.14	---	

من الجدول (3-6) نجد:

- ☒ في دراستنا نلاحظ أن النزف عقب الولادة أكثر تواتراً في حالات المجيئ المعيب منه في حالات المجيء النظامي وهذا ما يتوافق مع دراسة كسندرا دوفي أما في دراسة شروثي نلاحظ أن نسبة النزف عقب الولادة في حالات المجيئات المعيبة 3.67% وهي أقل من دراستنا ودراسة كسندرا.
- ☒ تزداد نسبة كل من الحاجية للاستشفاء بعد الولادة ونسبة القيصرية الإسعافية وتمزق الرحم في حالات المجيئات المعيبة وهذا وجدناه في دراستنا وكذلك في دراسة كسندرا دوفي.

3-7- **الموجز:**

قورن بين دراستنا وباقي الدراسات في العمر والعمر الحملي وعدد الولادات السابقة وطريقة الولادة

وكذلك الاختلاطات الوالدية والوليدية المرافقة لطريقة الولادة.

الفصل الرابع:

مناقشة النتائج

4-1-التمهيد:

تترافق المجيئات المعيبة مع زيادة في المراضة والوفيات الوالدية والجنينية ، وإن التدبير الناجح للمخاض والولادة كان ولايزال تحدياً يواجه الطبيب المولد في سائر أرجاء العالم، وينجم هذا التحدي عن إمكانية التنبؤ بالاختلاطات ومنع حدوث الأذيات لدى الأم أو الجنين أو كلاهما.

4-2- مناقشة نتائج الدراسة الحالية ونتيجة مقارنتها مع الدراسات المشابهة المحلية والعالمية:

أجري هذا البحث في الهيئة العامة لمشفى التوليد وأمراض النساء الجامعي لدراسة المجيئات المعيبة و تقييم النتائج الوليدية والوالدية المرافقة لها ومقارنتها مع المجيئات النظامية.

تضمنت الدراسة الحالية 200 سيّدة من السيدات الحوامل وقسمت العينة إلى مجموعتين ،تضم المجموعة الأولى 100 سيدة بمجيء نظامي (قمي)بينما تضم المجموعة الثانية 100 سيدة بمجيء معيب.

قورنت المتغيرات بين المجموعتين السابقتين ودراست إحصائياً للكشف عن الفروقات.

نلاحظ أن نسبة الولودات هي الأشيع مقارنة بالخروسات في مجموعتي الدراسة دون أن نلاحظ أي تأثير لكل من عمر السيدة والعمر الحملي وعدد الولادات السابقة على نتائج الدراسة وهذا ما وجدناه في دراسة كسندرا دوفي. [78]

كانت أغلب حالات المجيء المعترض لدى الولودات وبنسبة 80% وهذا ما يؤكّد أن تعدد الولادات هو أحد العوامل المؤهبة للمجيء المعترض وهذا يتفق مع أغلب الدراسات.

نلاحظ أن عدد الولادات الباكرة في المجيئات المعيبة أكثر من المجيئات النظامية وهذا يفسر أن الولادة الباكرة هي أحد عوامل الخطر المؤهبة للمجيئات المعيبة.

أظهرت دراستنا وجود علاقة مهمة بين المجيء ونمط الولادة فولدت أغلب المجيئات المقعدية بالطريقة القيصرية وبنسبة 82.6% في حين ولدت كل المجيئات المعترضة والوجهية والجبهية بالطريقة القيصرية وبالمقابل ولدت أغلب المجيئات النظامية مهبلياً.

يمكن تفسير هذه النتائج بالتوجه السائد لتوليد كل المجيئات المعيبة بالطريقة القيصرية المجدولة دون اللجوء لتجربة المخاض بهدف تقليل الاختلاطات المرافقة للولادة المهبلية للمجيئات المعيبة.

أظهرت دراسة مشعر أبغار عند جميع الولدان في الدقيقة الأولى أن أغلب الولدان الذين ولدوا مهبلياً وبمجيء نظامي كان مشعر أبغار لديهم 7 وأكثر عكس الولدان المقعديين والذين ولدوا مهبلياً حيث كان مشعر أبغار بالدقيقة الأولى لدى الأغلبية 6 وأقل مما يدل أن الولادة المهبلية للمجيء المقعدي عامل خطر لولادة أجنة بمشعر أبغار منخفض ويمكن تفسير ذلك بالشدة التي

يتعرض لها الوليد في أثناء الولادة المهبلية والاختلاطات المرافقة وارتفاع نسبة الخداج في هذه المجموعة.

كذلك وبالمقارنة بين مشعر أبغار عند ولدان المجيئات المعيبة والمجيئات النظامية ممن ولدوا بالطريقة القيصرية نلاحظ أن نسبة الولدان بمشعر أبغار متوسط أو منخفض أكبر في حالة المجيئات المعيبة مقارنة بالمجيئات النظامية مما يشير إلى أن المجيئ المعيب عامل خطر لولادة ولدان بمشعر أبغار متوسط أو منخفض وبالتالي التحضير المناسب للحالات المشابهة.

أظهرت دراستنا أنّ حوالي نصف الولدان الذين كانوا مقعديين وولدوا مهبلياً احتاجوا للقبول بوحدة العناية المشددة بعد الولادة مقابل 8.3% فقط من ولدان المجيئات النظامية ممن ولدوا مهبلياً وبالتالي نلاحظ أن الولادة المهبلية للمجيء المقعدي عامل خطر للشدة الجنينية والحاجة للقبول بوحدة العناية المشددة بعد الولادة.

بالمقابل نلاحظ بأن حوالي 17.21% فقط من المجيئات المعيبة ممن ولدوا بالطريقة القيصرية احتاجوا للقبول بوحدة العناية المشددة مقابل النصف ممن ولدوا مهبلياً ومنه نستنتج أن الولادة القيصرية للمجيء المعيب تقلل من خطورة قبول الولدان بوحدة العناية المشددة بعد الولادة.

وجدنا أن السبب الأول لقبول الولدان في وحدة العناية المشددة في حالات المجيئات المعيبة سواء بالولادة المهبلية أو القيصرية هو الرضوض الولادية وصعوبة استخراج المجيء المعيب وما ينتج عنه من تأثيرات سلبية على الوليد.

يشكل النزف عقب الولادة (العطالة الرحمية) ما يقارب 8.5% من مجموع الحالات وهو أكثر تواتراً في حالات المجيء المعيب مقارنة بالمجيء النظامي.

بالمقارنة بين حالات الولادة المهبلية والقيصرية للمجيئات المعيبة نلاحظ أن معدل حدوث النزف عقب الولادة (العطالة الرحمية) أعلى في حالات الولادة المهبلية وبنسبة 30% مقارنة ب 10% من الولادات القيصرية ويمكن أن يفسر ذلك بارتفاع نسبة المخاض المسدود والشاذ وما ينتج عنه من وهن في العضلة الرحمية .

وجدنا أن نسبة النزف عقب الولادة (العطالة ارحمية) في الولادة القيصرية للمجيئات المعيبة أعلى بشكل هام إحصائياً منه في حالات المجيئات النظامية وبالتالي نجد أن المجيئ المعيب هو عامل خطورة لحدوث النزف عقب الولادة سواءً بالولادة المهبلية أو القيصرية ولكن تترافق الولادة المهبلية بمعدلات حدوث نزف عقب الولادة (عطالة رحمية) أعلى من القيصرية وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كسندرا دوفي وباقي الدراسات [78، 79].

ارتفع معدل حدوث القيصرية الإسعافية في حالات المجيئات المعيبة مقارنة بالمجيئات النظامية ويفسر ذلك باختلاطات المجيئات المعيبة مثل المخاض المسدود وانسدال السرر أو الخوف من التوليد الطبيعي للمجيء المعيب وبالتالي اللجوء الإسعافي للولادة القيصرية في أسرع وقت.

ترافقت ولادة المجيئات المعيبة بطول مدة الإقامة في المشفى سواءً كانت طريقة الولادة مهبلية أو قيصرية ولكن كانت الولادة القيصرية للمجيء المعيب أكثر ترافقاً بمعدلات الاستشفاء الاطول مقارنة بالمهبلية.

نستنتج أن المجيء المعيب عامل خطر لطول مدة الاستشفاء والولادة القيصرية أكثر من المهبلية ويمكن أن يفسر ذلك باختلاطات المجيئات المعيبة والولادة القيصرية.

4-3-الموجز:

ترافقت المجيئات المعيبة بزيادة معدل الولادة القيصرية وبزيادة معدل قبول الولدان في العناية المشددة وبخاصة بعد الولادة المهبلية.

يزداد النزف عقب الولادة (العطالة الرحمية) في حالات المجيئات المعيبة بعد الولادة المهبلية والقيصرية ويكون في حالات الولادة المهبلية أكثر وكذلك ترافقت المجيئات المعيبة بزيادة معدل القيصرية الاسعافية ومدة الاستشفاء عقب الولادة.

الجزء الثالث:

الخاتمة

1. التمهيد:

أثبتت عديد من الدراسات أن المجيئات المعيبة تترافق بمعدل اختلاطات أعلى مقارنة بالمجيئات النظامية وتنصح بعض الدراسات بالولادة القيصرية للمجيئات المعيبة كلها تفادياً للاختلاطات المرافقة لتوليدها مهبلياً.

2. المحددات والمعوّقات:

هناك بعد المحددات والمعوقات لدراستنا وأهمها:

- ✓ لا تتابع النتائج الوالدية والوليدية وتدرسها على المدى البعيد.
- ✓ لا تدرس كامل الاختلاطات الوالدية والوليدية المرافقة للمجيئات المعيبة حيث أنه من غير الممكن استخدام الملقط والمحجم وبالتالي دراسة اختلاطاتهما وكذلك صعوبة وعدم ممارسة التحويل بالأعمال الداخلية والخارجية بشكل روتيني في مشفانا.
- ✓ الحاجة إلى عينة أكبر للحصول على نتائج أدق لبعض المتغيرات المدروسة.

3. الخلاصة والتوصيات:

درسنا في هذا البحث المجيئات المعيبة وتأثيرها على كل من النتائج الوالدية والوليدية ومقارنتها بنتائج المجيئات النظامية وتوصلنا لما يلي:

❖ نوصي بالولادة القيصرية للمجيئات المعيبة (المقعدية ، المعترضة، الجبهية ، الوجهية) فنسبة الاختلاطات فيها أقل مقارنة بالمهبلية.

❖ التحضير المناسب للولادة وتوافر الخبرة والإمكانيات المناسبة والكافية لمعالجة الاختلاطات الوالدية والوليدية.

4. <u>الموجز:</u>

قمنا في هذا الفصل بذكر المعوقات التي واجهتنا بالدراسة وبتلخيص النتائج وذكر التوصيات التي توصلنا لها خلال هذه الدراسة.

References المراجع:

1) Berhan Y, Haileamlak A. **The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies.** BJOG. 2016;123(1):49–57. [PubMed: 26234485]
2) Berhan Y, Haileamlak A. **The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies**. BJOG 2016;123:49–57
3) van Roosmalen J, Meguid T**. The dilemma of vaginal breech delivery worldwide.** Lancet.2014;383(9932):1863–4. [PubMed: 24881976]
4) Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. **Births: final data for 2002**. Natl Vital Stat Rep 2003;52(10):1–113.
5) Mode of term singleton breech delivery. **ACOG Committee Opinion No. 745. American College of Obstetricians and Gynecologists.** Obstet Gynecol 2018;132:e60–3
6) Apgar, Virginia (1953). **"A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant".** Curr. Res. Anesth. Analg. 32 (4): 260–267. PMID 13083014.
7) Langen ES, Weiner SJ, Bloom SL, et al**. Association of Cervical Effacement With the Rate of Cervical Change in Labor Among Nulliparous Women.** Obstet Gynecol 2016; 127:489.
8) Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, et al. **The natural history of the normal first stage of labor**. Obstet Gynecol 2010; 115:705.
9) Le Ray C, Fraser W, Rozenberg P, et al. **Duration of passive and active phases of the second stage of labour and risk of severe postpartum haemorrhage in low-risk nulliparous women**. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011; 158:167
10) Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, et al. **Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review.** BJOG 2018;125:944.
11) Zhang J, Duan T. **The physiologic pattern of normal labour progression.** BJOG 2018; 125:955.
12) Laughon SK, Zhang J, Grewal J, et al. **Induction of labor in a contemporary obstetric cohort.**Am J Obstet Gynecol 2012; 206:486.e1.

13) Laughon SK, Branch DW, Beaver J, Zhang J. Changes **in labor patterns over 50 years.** Am JObstet Gynecol 2012; 206:419.e1.
14) Myles TD, Santolaya J. **Maternal and neonatal outcomes in** patients **with a prolonged second stage of labor.** Obstet Gynecol 2003; 102:52.
15) Nelson DB, McIntire DD, Leveno KJ. **Relationship of the length of the first stage of labor tothe length of the second stage.** Obstet Gynecol 2013; 122:27.
16) Johnson JH, Figueroa R, Garry D, Elimian A, Maulik D. **Immediate maternal and neonatal effects of forceps and vacuum-assisted deliveries.** Obstet Gynecol. 2004 Mar;103(3):513-8.
17) Janakiraman V, Ecker J, Kaimal AJ. **Comparing the second stage in induced and spontaneous labor.** Obstet Gynecol 2010; 116:606.
18) Nizard J, Haberman S, Paltieli Y, et al. **How reliable is the determination of cervical dilation? Comparison of vaginal examination with spatial position-tracking ruler**. Am J Obstet Gynecol 2009; 200:402.e1.
19) Jennewein L, Allert R, Möllmann CJ, et al. The **influence of the fetal leg position on the outcome in vaginally intended deliveries out of breech presentation at term - A FRABAT prospective cohort study**. PLoS One 2019; 14:e0225546.
20) Mattuizzi A. Présentation du siège. **Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF – Épidémiologie, facteurs de risque et complications [Breech Presentation: CNGOF Guidelines for Clinical Practice - Epidemiology, Risk Factors and Complications]**. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020 Jan;48(1):70-80.
21) Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, et al. **The frequency of breech presentation by gestational age at birth: a large population-based study.** Am J Obstet Gynecol 1992;166:851.
22) Ben-Rafael Z, Seidman DS, Recabi K, et al. **Uterine anomalies**. A retrospective, matchedcontrol study. J Reprod Med 1991; 36:723.
23) Michalas SP. **Outcome of pregnancy in women with uterine malformation: evaluation of 62 cases.** Int J Gynaecol Obstet 1991; 35:215.
24) Filipov E, Borisov I, Kolarov G. **Lokalizatsiia na platsentata i neinoto vliianie v'rkhu polozhenieto na ploda v matkata [Placental location and its influence on the position of the fetus in the uterus]**. Akush Ginekol (Sofiia). 2000;40(4):11-2
25) Sekulić S, Ilinčić M, Radeka G, et al. **Breech presentation and the cornual-fundal location of the placenta.** Croat Med J 2013; 54:198.
26) Toijonen AE, Heinonen ST, Gissler MVM, Macharey G. **A comparison of risk factors for breech presentation in preterm and term**

labor: a nationwide, population-based casecontrol study. Arch Gynecol Obstet 2020; 301:393.

27) Fruscalzo A, Londero AP, Salvador S, et al. **New and old predictive factors for breech presentation: our experience in 14 433 singleton pregnancies and a literature review.** J Matern Fetal Neonatal Med 2014; 27:167.
28) Zhou Z, Wu J, Zhang G, Yang J. **Spontaneous cephalic version and risk factors for persistent breech presentation: a longitudinal retrospective cohort study.** J Matern Fetal Neonatal Med 2022; 35:9452.
29) Mostello D, Chang JJ, Bai F, et al. **Breech presentation at delivery: a marker for congenital anomaly?** J Perinatol 2014; 34:11.
30) Soernes T, Bakke T. The length of the human umbilical cord in vertex and breech presentations. Am J Obstet Gynecol 2006; 154:1086.
31) Moessinger AC, Blanc WA, Marone PA, Polsen DC**. Umbilical cord length as an index of fetal activity: experimental study and clinical implications.** Pediatr Res 2002; 16:109.
32) Hall MH, Carr-Hill R. **Impact of sex ratio on onset and management of labour.** Br Med J (Clin Res Ed) 1999; 285:401.
33) Ford JB, Roberts CL, Nassar N, et al**. Recurrence of breech presentation in consecutive pregnancies.** BJOG 2010; 117:830.
34) Morris S, Geraghty S, Sundin D. **Women's experiences of breech birth and disciplinary power.** J Adv Nurs 2021; 77:3116.
35) Robilio PA, Boe NM, Danielsen B, Gilbert WM. **Vaginal vs. cesarean delivery for preter breech presentation of singleton infants in California: a population-based study.** J Reprod Med 2007; 52:473.
36) Kayem G, Baumann R, Goffinet F, et al**. Early preterm breech delivery: is a policy of planned vaginal delivery associated with increased risk of neonatal death?** Am J Obstet Gynecol 2008; 198:289.e1.
37) Bergenhenegouwen LA, Meertens LJ, Schaaf J, et al. **Vaginal delivery versus caesarean section in preterm breech delivery: a systematic review.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014; 172:1.
38) Bergenhenegouwen L, Vlemmix F, Ensing S, et al. **Preterm Breech Presentation: A Comparison of Intended Vaginal and Intended Cesarean Delivery.** Obstet Gynecol 2015;126:1223.
39) Grabovac M, Karim JN, Isayama T, et al. What **is the safest mode of birth for extremely preterm breech singleton infants who are actively resuscitated? A systematic review and meta-analyses.** BJOG 2018; 125:652.

40) Humphry S, Hall T, Hall-Craggs MA, Roposch A. **Predictors of Hip Dysplasia at 4 Years in Children with Perinatal Risk Factors.** JB JS Open Access 2021; 6.

41) Gemer O, Segal S. **Incidence and contribution of predisposing factors to transverse lie presentation.** Int J Gynaecol Obstet 1994; 44:219.
42) Oyinloye OI, Okoyomo AA. **Longitudinal evaluation of foetal transverse lie using ultrasonography.** Afr J Reprod Health 2010; 14:129.
43) Sekulić SR. **Possible explanation of cephalic and noncephalic presentation during pregnancy: a theoretical approach.** Med Hypotheses 2000; 55:429.
44) Nassar N, Roberts CL, Cameron CA, Olive EC. **Diagnostic accuracy of clinical examinationfor detection of non-cephalic presentation in late pregnancy: cross sectional analytic study.** BMJ 2006; 333:578.
45) Lau WC, Fung HY, Lau TK, To KF. **A benign polypoid adenomyoma: an unusual cause of persistent fetal transverse lie.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007; 74:23.
46) Cunningham FG. Williams Obstetrics, 26, Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, et al (Eds),McGraw-**Hill Education/Medical, New York 2022**.
47) Seffah JD. **Maternal and perinatal mortality and morbidity associated with transverse lie.** Int J Gynaecol Obstet 1999; 65:11.
48) **Placental abnromalities**. In: Obstetrics, 25th ed, Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al (Eds), McGraw-Hill, 2018
49) Wilmink FA, Hukkelhoven CW, Lunshof S, et al. Neonatal **outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry.** Am J Obstet Gynecol 2010; 202:250.e1.
50) Rosman AN, Guijt A, Vlemmix F, et al. Contraindi**cations for external cephalic version in breech position at term: a systematic review.** Acta Obstet Gynecol Scand 2013; 92:137.
51) Quist-Nelson J, Landers K, McCurdy R, Berghella V. **External cephalic version in premature rupture of membranes: a systematic review.** J Matern Fetal Neonatal Med 2017; 30:2257.
52) Chervenak FA, Johnson RE, Berkowitz RL, Hobbins JC. **Intrapartum external version of the second twin.** Obstet Gynecol 1983; 62:160.

53) Chauhan AR, Singhal TT, Raut VS. **Is internal podalic version a lost art? Optimum mode of delivery in transverse lie.** J Postgrad Med 2001; 47:15.
54) Okonofua FE. **Management of neglected shoulder presentation**. BJOG 2009; 116:1695
55) Mahajan NN, Gaikwad NL, Solomon MV, et al. **Internal podalic version for neglected shoulder presentation with fetal demise.** BJOG 2009; 116:1801.
56) Gardberg M, Leonova Y, Laakkonen E. **Malpresentations--impact on mode of delivery.** Acta Obstet Gynecol Scand 2011; 90:540.
57) Sharshiner R, Silver RM. **Management of fetal malpresentation.** Clin Obstet Gynecol 2015;
58) 58:246. Ducarme G, Ceccaldi PF, Chesnoy V, et al. **[Face presentation: retrospective study of 32 cases at term].** Gynecol Obstet Fertil 2006; 34:393.
59) Bhal PS, Davies NJ, Chung T. **A population study of face and brow presentation.** J ObstetGynaecol 2008; 18:231.
60) Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. **Williams Obstetrics, 25th ed, McGraw-Hill Education**, New York 2018.
61) Cruikshank DP, White CA. **Obstetric malpresentations: twenty years' experience.** Am J Obstet Gynecol 1999; 116:1097.
62) Bashiri A, Burstein E, Bar-David J, et al. **Face and brow presentation: independent risk factors.** J Matern Fetal Neonatal Med 2008; 21:357.
63) Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, et al**. Face presentation: predictors and delivery route.** Am J Obstet Gynecol 2006; 194:e10.
64) Kurki HK, Decrausaz SL. **Shape variation in the human pelvis and limb skeleton: Implications for obstetric adaptation.** Am J Phys Anthropol 2016; 159:630.
65) Bellussi F, Ghi T, Youssef A, et al. **The use of intrapartum ultrasound to diagnose malpositions and cephalic malpresentations.** Am J Obstet Gynecol 2017; 217:633.
66) Lau WL, Cho LY, Leung WC. **Intrapartum translabial ultrasound demonstration of face presentation during first stage of labor.** J Obstet Gynaecol Res 2011; 37:1868.
67) Ghi T, Eggebø T, Lees C, et al. **ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound.** Ultrasound Obstet Gynecol 2018; 52:128.
68) Westgren M, Svenningsen NW. **Face presentation in modern obstetrics--a study with special reference to fetal long term morbidity.** Z Geburtshilfe Perinatol 2014; 188:87.

69) Vialle R, Piétin-Vialle C, Ilharreborde B, et al. **Spinal cord injuries at birth: a multicenter review of nine cases**. J Matern Fetal Neonatal Med 2007; 20:435.

70) Dennen PC. **Dennen's Forceps Deliveries,** 3rd edition, FA Davis, Philadelphia 2009. p.127.

71) Yeomans ER, Hoffman BL, **Gilstrap LC, Cunningham FG. Operative vaginal delivery.** In: Cunningham and Gilstrap's Operative Obstetrics, 3rd ed, McGraw-Hill Education, New York 2017.

72) Shabib G, Black, A. **Operative vaginal delivery**. In: Oxorn-Foote Human Labor and Birth, 6th ed, Posner G (Ed), McGraw-Hill Medical, New York 2013.

73) Neuman M, Beller U, Lavie O, et al. **Intrapartum bimanual tocolytic-assisted reversal of face presentation: preliminary report.** Obstet Gynecol 2004; 84:146.

74) **Williams Obstetrics, 23rd Ed, Cunningham,** FG, Leveno, KJ, Bloom, JC, et al (Eds), McGraw-Hill, 2010.

75) Vialle R, Piétin-Vialle C, Vinchon M, et al. **Birth-related spinal cord injuries: amulticentric review of nine cases.** Childs Nerv Syst 2008; 24:79.

76) Lau WL, Leung WC, Chin R. **Intrapartum translabial ultrasound demonstrating brow presentation during the second stage of labor.** Int J Gynaecol Obstet 2009; 107:62.

77) Wiafe YA, Whitehead B, Venables H, Nakua EK. **The effectiveness of intrapartum ultrasonography in assessing cervical dilatation, head station and position: A systematic review and meta-analysis.** Ultrasound 2016; 24:222.

78) Duffy CR, Moore JL, Saleem S, et al. **Malpresentation in low- and middle-income countries: Associations with perinatal and maternal outcomes in the Global Network**. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019;98:300– 308.

79) Fasiha Tasneem, Madhura Prakash Pophalkar. **Study and Outcome of Various Malpresentations. Indian J Obstet Gynecol.**2019;7(2):147-157.

80) S. Shruthi, A. Anisha Apollo. **Etiological factors and maternal outcome in pregnancies with malpresentation: an observational study.** Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2020 Apr;9(4):1407-1411

Abstract

Background:

The percentage of malpresentations varies according to different studies, and the factors predisposing to the occurrence of malpresentations are multiple and common, and their importance varies according to each type of presentation .
Malpresentations are associated with an increase in maternal and fetal morbidity and mortality.

Objective:

The research aims to evaluate the neonatal and parental outcomes of delevering fetuses with malpresentation and compare them with the control group that includes cases with normal (apical) presentation.

Material and method:

A prospective cohort study, conducted at the University Obstetrics and Gynecology Hospital in Damascus between 29/03/2022 to 29/03/2023, which included 200 cases of pregnant women, where the sample will be divided into two groups: The first group includes 100 A woman with a normal (apical) presentation, while the second group includes 100 women with a malpresentation. A clinical and echocardiographic examination was performed for the women with a follow-up of the variables to be studied, and then the data were processed within the analytical statistical program (SPSS) to reach the desired results.

Results:

Most of the breech presentations were delivered by caesarean section by 82.6%, while all transverse, facial, and frontal presentations were delivered by caesarean section. On the other hand, most of the regular presentations were born vaginally, we found that vaginal delivery of breech presentation is a risk factor for the birth of fetuses with a low Apgar index. Malpresentations is a risk factor for the occurrence of postpartum hemorrhage, whether by vaginal delivery or caesarean section, and for the high rate of emergency caesarean section and the increase in the length of stay in the hospital.

Conclusion:

Cesarean delivery is preferred for defective presentations (breech, transverse, frontal, and facial), where the rate of complications is less compared to vaginal delivery.

Key words: malpresentation, vaginal delivery, caesarean section.

Syrian Arab Republic

Ministry Of High Education

Damascus University

Faculty of Medicine

Department of Obstetrics and Gynecology Diseases

Malpresentations and its Perinatal and Maternal Outcomes: Cohort Study

A dissertation Submitted in Partial Fulfillment of theRequirements for the Specialized Higher Studies Certificate inObstetrics and Gynecology

By

Dr. Noor Al Sharbai

Supervisor

Prof. Dr. Mayada Romia

2023