МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)
ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., 3, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

18 МАЙ 2017 № 15-4/10/2-3299

На № _____ от _____

Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Ректорам государственных
бюджетных образовательных
учреждений высшего
профессионального образования

Директорам федеральных
государственных учреждений науки

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет клинические рекомендации (протокол) «Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов)», разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для использования в работе руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации при подготовке нормативных правовых актов, руководителями акушерских стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений при организации медицинской помощи, а также для использования в учебном процессе.

Приложение: на 38 л. в 1 экз.

Т.В. Яковлева

Садчикова Е.С.
627-24-00 доб 1547

gost.e-ecolog.ru

Утверждено
Президент Российского общества акушеров-гинекологов
академик РАН
_____ В.Н. Серов
_____ 2017 г.

Согласовано
Главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по акушерству и гинекологии
академик РАН
_____ Л.В. Адамян
_____ 2017 г.

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА
(ведение беременности и родов)

Клинические рекомендации (протокол)

2017

Коллектив авторов:

Адамян Лейла Владимировна – академик РАН, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России; руководитель отделения оперативной гинекологии ФГБУ НЦГАиП им. академика В.И. Кулакова Минздрава России; заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им. А.И Евдокимова Минздрава России; главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии; вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов (г. Москва).

Артымук Наталья Владимировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, президент «Ассоциации акушеров-гинекологов Кузбасса» (г. Кемерово).

Баев Олег Радомирович – д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, руководитель родильного отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская Государственная медицинская академия» Минздрава России, член Правления Российского общества акушеров-гинекологов, президент краевой общественной организации «Забайкальское общество акушеров-гинекологов» (г. Чита).

Краснопольский Владислав Иванович – академик РАН, д.м.н., профессор, президент ГБУЗ МО МОНИИАГ, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов (г. Москва).

Логутова Лидия Сергеевна – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ГБУЗ МО МОНИИАГ (г. Москва).

Мельников Андрей Павлович – к.м.н., старший научный сотрудник акушерского физиологического отделения ГБУЗ МО МОНИИАГ (г. Москва).

Петрухин Василий Алексеевич – д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, директор ГБУЗ МО МОНИИАГ (г. Москва).

Пучко Татьяна Кимовна – д.м.н., ведущий научный сотрудник родильного отделения ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

Смольнова Татьяна Юрьевна - д.м.н., доцент кафедры репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ им. А.И Евдокимова Минздрава России; старший научный сотрудник ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

Филиппов Олег Семёнович – заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПО ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва).

Шмаков Роман Георгиевич – д.м.н., главный врач ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

Рецензент:

Малышкина Анна Ивановна – д.м.н., директор ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России

Оглавление

Раздел	**Стр.**
Ключевые слова	4
Список сокращений	4
Термины и определения	4
Классификация тазовых предлежаний плода	4
Шифр по МКБ-10	5
Эпидемиология	5
Актуальность проблемы	5
Этиология	6
Методы диагностики	7
Ведение беременности при тазовом предлежании плода	8
Наружный поворот плода на головку	9
Абдоминальные роды	14
Роды через естественные родовые пути	15
I период родов	18
II период родов. Акушерские пособия при рождении ребенка	19
Тазовое предлежание при преждевременных родах	25
Тазовое предлежание при родах двойней	26
Организационные мероприятия для обеспечения ведения влагалищных родов в тазовом предлежании	27
Заключение	27
Приложение 1. Информированное добровольное согласие на наружный поворот плода при тазовом предлежании	28
Приложение 2. Уровни и степени доказательства	31
Приложение 3. Категории доказательств утверждений и классификации рекомендаций канадской целевой группы по вопросам медицинской помощи (Canadian Task Force on Preventive Health Care).	33
Приложение 4. Информация для пациенток.	34
Список литературы	35

Ключевые слова

- тазовое предлежание;
- ягодичное предлежание;
- ножное предлежание;
- наружный поворот плода;
- вагинальные роды;
- кесарево сечение.

Список сокращений

БЧСС – базальная частота сердечных сокращений;
ВПР – врожденные пороки развития;
КС – кесарево сечение;
КТГ – кардиотокография;
МКБ – международная классификация болезней;
ТП – тазовое предлежание;
УЗИ – ультразвуковое исследование.

Термины и определения

Тазовое предлежание *(praesentatio pelvica)* – предлежание, при котором ягодицы и/или ножки/ножка плода являются предлежащей частью.

Самопроизвольные роды в тазовом предлежании неосложненные – это роды одним плодом в тазовом предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребенок родился в тазовом предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Классификация тазовых предлежаний плода [1, 2, 4, 16, 43, 44]:

1. **Ягодичные предлежания**:

- ***Чистое ягодичное предлежание*** **(неполное)** (встречается в 63,2-68% случаев) – ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы плода.
- ***Смешанное ягодичное предлежание*** **(полное)** (встречается в 20,6-23,4% случаев) – ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы.

2. Ножное предлежание (встречается в 11,4-13,4% случаев):

- ***Неполное ножное предлежание*** – предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода. При этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставе.
- ***Полное ножное предлежание*** – предлежат обе ножки (стопы) плода, при этом обе ножки разогнуты в тазобедренных суставах.

• ***Коленное предлежание*** – предлежат колени (одно или оба) плода (редкая разновидность ножного предлежания).

В родах возможен переход одного вида тазового предлежания в другой.

Позиция плода при ТП определяется традиционно – по отношению спинки плода к левому (I) или правому (II) рёбрам матки, а вид – по отношению спинки к передней/задней стенке матки (соответственно передний или задний).

Шифр по МКБ-10

О32.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери.

О80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании.

О80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды (в данном протоколе данный код МКБ подразумевает и иные роды в тазовом предлежании (помимо родов в чисто ягодичном предлежании): полное/неполное ножное предлежание, смешанное ягодичное предлежание и т.д.).

Эпидемиология

Частота тазового предлежания (ТП) плода при доношенной беременности составляет 3-5% [1].

Чем меньше срок, тем выше частота ТП. Так, при сроке беременности менее 28 недель и массе плода менее < 1000 г, частота ТП достигает 35%, в то время как в сроке 34–36 недель при массе плода 2000–2499 г, она не превышает 8%, снижаясь к сроку родов до 3-5% [2, 3]. Поэтому клинически важна диагностика в сроке 36 недель.

Актуальность проблемы

Роды в тазовом предлежании не относятся к патологическим. Однако, ассоциируются с увеличением перинатальной заболеваемости и смертности в виду более высокой частоты преждевременных родов, врожденных аномалий, асфиксии и травмы (уровень доказательности А) [2, 4, 16].

Вопрос о способе родоразрешения при тазовом предлежании остается, по-прежнему окончательно нерешенным. Большинством РКИ было показано, что запланированное КС снижает перинатальную заболеваемость и смертность по сравнению с влагалищными родами, что приводит к 2-5-кратному снижению перинатальной смертности и ранней неонатальной заболеваемости [6, 7]. Это привело к тому, что в ряде клиник кесарево сечение в плановом порядке является ведущим.

Однако, более поздние РКИ показали, что строгие критерии отбора в группу вагинальных родов позволяют снизить материнскую заболеваемость, связанную с КС, при уровне перинатальной смертности не более 2 на 1000 родившихся [44, 45]. Поэтому в отделениях, где запланированное

влагалищное родоразрешение является рутинной практикой и где соблюдаются строгие правила ведения родов, влагалищное родоразрешение при одноплодной беременности в тазовом предлежании является безопасным выбором по сравнению с кесаревым сечением [2]. По данным мета-анализа Berhan Y. (2016) сделан вывод, что роды через естественные родовые пути имеют низкий абсолютный риск, не смотря на высокую частоту кесарева сечения при ТП (70-95%) [7].

В связи с дискутабельностью вопроса о способе родоразрешения в большинстве развитых стран при диагностике тазового предлежания в сроке 36 недель беременной сначала предлагается наружный поворот (при отсутствии абсолютных противопоказаний) и только после неудачной попытки или отказа от манипуляции решается вопрос о методе родоразрешения [43, 44].

Наружный поворот плода на головку

Показано, что наружный поворот плода на головку значительно снижает частоту родов в ТП и частоту кесарева сечения, но не влияет на перинатальную заболеваемость и смертность [43].

Наружный поворот может быть осуществлен только в условиях, где имеется возможность выполнить экстренное кесарево сечение [2]. Согласно мета-анализу Grootscholten K. (2008), риск антенатальной смерти при наружном повороте плода на головку составляет 1 на 5000 процедур, риск серьезных осложнений – 6,1% [8]. Потребность в экстренном кесаревом сечении колеблется от 0,35% [8] до 0,5% [9, 10].

Протокол рекомендует наружный поворот не ранее 34 недель гестации. Наиболее оптимальным сроком для наружного поворота при тазовом предлежании является срок 36 недель для первородящих и срок после 37 недель – для повторнородящих (Уровень доказательности B-2b) [2, 21, 43].

Большие многоцентровые рандомизированные исследования показали, что наружный поворот плода на головку в более ранних сроках (в 34-35 недель гестации) по сравнению с 37 неделями и более, увеличивает вероятность родов в головном предлежании с 41,1% до 49,1% и почти не влияет на частоту кесарева сечения (52% и 56%) и преждевременных родов (6,5% по сравнению с 4,4%) [11, 12, 43, 46], а также не имеет различий в оценке новорожденных по шкале Апгар и не влияет на перинатальную смертность.

Этиология ТП [1, 2, 3, 4, 16]

1. Сужение таза, аномальная форма таза.

2. Пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой).

3. Чрезмерная или ограниченная подвижность плода (первобеременные, многорожавшие).

4. Многоводие или маловодие.

5. Многоплодная беременность.

6. Новообразования внутренних половых органов (миоматозные узлы, опухоли придатков).

7. Патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты).

8. Пороки развития матки.

9. ВПР плода (анэнцефалия, гидроцефалия).

10. Короткая пуповина.

11. Синдром задержки роста плода.

Методы диагностики [4, 44]

- Наружное акушерское исследование.
- Влагалищное исследование.
- УЗИ.
- МРТ, КТ (не является рутинной процедурой).
- Рентгенопельвиометрия (не является рутинной процедурой)[1].

Признаки тазовых предлежаний при наружном и влагалищном исследованиях:

- высокое стояние дна матки, так как тазовый конец плода высоко расположен над входом в таз;
- головка плода (округлое плотное баллотирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (крупная, неправильной формы, не баллотирующая предлежащая часть) – над входом в таз, что определяют при пальпации живота беременной;
- сердцебиение плода выслушивают на уровне пупка или выше.

Во время родов данные влагалищного исследования:

- при ягодичном предлежании предлежащая часть мягкая, можно прощупать щель между ягодицами, крестец, половые органы плода;
- при чистом ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб;
- при смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу, по локализации крестца уточняют позицию и вид;
- при ножных предлежаниях определяется ножка или ножки плода.

Ультразвуковое исследование [4, 44]

УЗИ при тазовом предлежании наиболее информативно и должно включать определение следующих параметров:

---

[1] Рентгенопельвиометрия не улучшает исходы, магнитнорезонансная пельвиометрия снижает частоту неотложных кесаревых сечений, КТ пельвиометрия улучшает перинатальные исходы. Тем не менее, нет необходимости в проведении рутинной радиологической пельвиометрии (уровень доказательности В) [2]

• вид тазового предлежания плода (полное, неполное);

• подсчет предполагаемой массы плода;

• количество вод (амниотический индекс);

• локализация плаценты;

• описание пуповины (расположение, обвитие вокруг шеи плода);

• аномалии развития плода;

• определение степени разгибания головки плода[2] (согнута, разогнута, нейтральное положение) и запрокидывания ручек;

• допплерометрия магистральных сосудов плода.

Ведение беременности при тазовом предлежании плода

Клинически важно подтверждение тазового предлежания в 36 недель. Однако около 8% плодов совершают самопроизвольный поворот на головку и после 36 недель.

При подтверждении тазового предлежания в 36 недель необходимо [44]:

• Провести консультирование в консультативно-диагностическом отделении перинатального центра.

• При отсутствии противопоказаний пациентке должен быть предложен наружный акушерский поворот.

• Следует ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в тазовом предлежании, и медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить этот риск, о методах родоразрешения и их рисках в плане материнской заболеваемости, о потенциальных учреждениях родовспоможения, на базе которых возможно родоразрешение пациенток с тазовым предлежанием плода (не ниже второго уровня [13] и т.д. (см. Приложения 1 и 2: Информация для пациентов).

Женщина должна быть проинформирована [15]:

• Плановое кесарево сечение ведет к небольшому уменьшению перинатальной смертности в сравнении с плановыми родами в тазовом предлежании. Любое решение о проведении кесарева сечения должно быть рассмотрено с позиций возможных побочных последствий операции.

[2]Угол измеряется между позвоночником и затылочной костью головки плода: головка согнута (угол больше 110°), головка слабо разогнута («поза военного») – I степень разгибания (угол от 100 до 110°), головка умеренно разогнута – II степень разгибания (угол от 90 до 100°), чрезмерное разгибание головки («смотрит на звезды») – III степень разгибания (угол меньше 90°).

• Уменьшение риска перинатальной смертности обусловлено тремя факторами: исключением риска мертворождения после 39 недель беременности, исключением рисков, обусловленных процессом родов; исключением рисков, обусловленных вагинальными родами в тазовом предлежании.

• Риск перинатальной смертности при вагинальных родах в тазовом предлежании составляет около 2/1000 родов, при кесаревом сечении после 39 недель беременности 0,5/1000 родов. При родах в головном предлежании 1 /1000.

• Вагинальные роды в тазовом предлежании увеличивают риск низкой оценки по шкале Апгар и серьезных осложнений в раннем неонатальном периоде, но нет указаний на увеличение частоты осложнений в отдаленном периоде.

• Плановое кесарево сечение в доношенном сроке при тазовом предлежании сопровождается незначительным увеличением частоты ближайших осложнений для матери по сравнению с плановыми вагинальными родами.

• Осложнения для матери наименьшие при удачно завершившихся вагинальных родах, плановое кесарево сечение увеличивает риск, но наибольший риск имеется при экстренном кесаревом сечении, которое требуется примерно у 40% женщин с плановыми вагинальными родами.

• Кесарево сечение увеличивает риск осложнений при будущих беременностях, включая риски попытки родов через естественные родовые пути, повышенный риск осложнений повторной операции кесарева сечения и риски нарушения прикрепления плаценты.

• Женщине должна быть дана индивидуализированная оценка последующих рисков кесарева сечения, основанная на индивидуальном профиле и репродуктивном прогнозе, и соответствующая консультация.

Неэффективно (уровень доказательности IA) [22]:

• Постуральная гимнастика для уменьшения частоты тазового предлежания к моменту родов (уровень доказательности I) [4, 17, 22, 42].

• Нет признанных *эффективных* методик для поворота плода на головку [4, 17, 22, 42].

Наружный поворот плода на головку

В ряде стран для устранения тазового предлежания плода широко применяется наружный поворот на головку [3, 4, 16, 18], эффективность которого крайне вариабельна и колеблется от 30 до 80% [4]. В среднем частота успешных попыток достигает 40% у первородящих и 60% – у повторнородящих. При успешном наружном повороте плода на головку спонтанная реверсия может достигать 5% (уровень доказательности IA) [21, 22].

NB! Настоящий протокол рекомендует проводить наружный поворот плода на головку ***только подготовленными специалистами*** ввиду серьезности его осложнений (отслойка плаценты; дистресс-синдром плода; фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация) и т.д.

• Женщинам с тазовым предлежанием в сроке 36 недель следует предложить наружный поворот плода на головку при отсутствии противопоказаний [1, 15]. Они должны быть предупреждены о его рисках, преимуществах и последствиях для способа родоразрешения (уровень доказательности А) [15, 21, 22].

• Пациентки, которые имеют тазовое предлежание после неудачной попытки наружного поворота плода на головку или отказались от этой манипуляции, должны быть проконсультированы о рисках и преимуществах плановых вагинальных родов в тазовом предлежании по сравнению с планируемым кесаревым сечением (GPP) [15].

• При сохранении тазового предлежания плода к моменту родов беременной должна быть ***повторно*** предоставлена информация о возможных способах родоразрешения, о преимуществах и рисках, связанных с каждым из них.

• В результате консультирования должно быть получено ***письменное информированное добровольное согласие на выбранный метод родоразрешения.***

Родоразрешение осуществляется только в стационарах не ниже второй группы [13]. При отсутствии спонтанного поворота плода на головку необходимо обследование и коллегиальный выбор тактики ведения родов в условиях информированного добровольного согласия пациентки на избранный метод родоразрешения.

Наружный поворот плода на головку [4, 15, 19, 20, 21, 22]

Цель – перевод тазового предлежания плода в головное.

1) **Модель пациента:** первородящая женщина (от 36 недель и более) или повторнородящая (от 37 недель и более) с одноплодной неосложненной беременностью и неполным тазовым предлежанием плода до начала родов при отсутствии противопоказаний для выполнения наружного поворота и давшая письменное информированное добровольное согласие.

Штат: врач акушер-гинеколог, владеющий техникой наружного поворота плода на головку и операцией кесарево сечение, акушерка, врач УЗИ, анестезиологическая служба.

Место проведения: акушерский стационар 2-3-ей группы с возможностью выполнения экстренного кесарева сечения (уровень доказательность 1А) [2].

Оснащение:

- Токолиз с использованием бета-адреномиметиков. Использование бета-адреномиметиков увеличивает число успешных попыток (уровень доказательности I) [22]. Однако нет необходимости в рутинном использовании бета-адреномиметиков (особенно у повторнородящих).
- Фетальный кардиомонитор.
- Аппарат УЗИ.
- Готовность к экстренному кесареву сечению.
- Для резус-отрицательных беременных – наличие лабораторной базы для определения резус-антител в крови и наличие анти-резус иммуноглобулина.

Документация

- Обменная карта беременной.
- Информация для пациентки и протокол информированного добровольного согласия.
- Протокол и алгоритмы наружного акушерского поворота и УЗИ.
- Лист регистрации порядка выполнения процедуры и наблюдения за пациенткой.
- Ленты-записи КТГ.

Условия для наружного акушерского поворота [16, 43]

- Срок гестации не менее 36 недель.
- Отсутствие противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути.
- Удовлетворительное состояние плода (кардиотокография – нестрессовый тест, допплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины и средней мозговой артерии плода, маточных артериях.
- Адекватное количество амниотической жидкости.
- Возможность экстренного абдоминального оперативного родоразрешения.

Абсолютные противопоказания к проведению наружного акушерского поворота [4, 21, 22]:

- Планируемое оперативное родоразрешение путем кесарева сечения по другим показаниям (предлежание плаценты, анатомическое сужение таза, тяжёлая экстрагенитальная патология и т.д.).
- Кровотечения второй половины беременности или последние 7 дней [22].
- Противопоказания к приему бета-адреномиметиков (тиреотоксикоз, аритмия, болезни сердца, при которых использование препаратов этой группы противопоказано).

• Патологическая/пограничная КТГ, нарушение кровотока в системе мать-плацента-плода по данным допплерометрического исследования.

• Маловесный к сроку гестации с аномальными показателями допплерометрии [3].

• Аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующие повороту.

• Многоплодие (кроме поворота второго плода).

• Рубец на матке.

• Грубые пороки развития плода, мертвый плод.

• Разгибание головки плода.

• Обвитие пуповины вокруг шеи плода.

• Тяжелая преэклампсия или высокая артериальная гипертензия.

• Разрыв плодных оболочек.

Относительные противопоказания:

• Синдром задержки роста плода с патологическими параметрами допплерометрии.

• Преэклампсия с протеинурией или значительная артериальная гипертензия.

• Маловодие, многоводие.

• Неустойчивое положение плода.

Возможные осложнения при проведении акушерского поворота

• Преждевременная отслойка плаценты.

• Преждевременные роды.

• Дородовое излитие околоплодных вод.

• Разрыв матки.

• Фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация).

• Эмболия околоплодными водами.

• Преходящая брадикардия плода.

• Дистресс плода.

Предикторы успешного наружного акушерского поворота [16, 43]:

• Многорожавшие.

• Абдоминальная пальпация головки.

• Низкий индекс массы тела матери.

• Расположение плаценты на задней стенке.

• Чисто ягодичное предлежание.

• Амниотический индекс более 10 см.

Порядок выполнения [3, 4, 22, 23]

NB! Осуществлять постоянный вербальный контакт с пациенткой.

1. Подтвердить тазовое предлежание и местоположение пуповины относительно шеи плода по УЗИ. Наличие пуповины рядом с шеей не является противопоказанием. УЗИ должно быть выполнено не позже, чем за 24 часа до процедуры.

2. Получить письменное информированное добровольное согласие пациентки.

3. Оценить и записать исходные данные матери: пульс, дыхание и АД.

4. Выполнить КТГ в течение 20 минут.

5. Антациды: ранитидин 150 мг перорально, однако, нет необходимости рутинного выполнения данной процедуры [21].

6. Использование токолитиков (повышает вероятность успешного поворота) [2, 3, 4, 22, 23] (уровень доказательности А [2]): 10 мкг (1 ампула по 2 мл) гексопреналина сульфата развести в 10 мл изотонического раствора и ввести болюсно в течение 5-10 минут [24], с последующим 10-минутным контролем пульса, АД матери и ЧСС плода (КТГ). При увеличении ЧСС у матери более 140 уд/мин инфузию гексоприналина следует прекратить [4].

7. Через 30 минут после токолиза (или когда пульс матери станет > 100 уд/мин) выполнить наружный поворот плода [15, 22]:

8. Оснований использовать рутинно острый токолиз нет, особенно у повторнородящих. [2, 21].

Условия: опорожнить мочевой пузырь, положение женщины на боку, под углом 10-15 градусов (для профилактики синдрома нижней полой вены). Можно успешно выполнить поворот и на спине, главное, чтобы женщине было удобно лежать и не развивался синдром сдавления нижней полой вены.

Техника:

– движения должны быть постоянными и длительными;

– пациентку просят во время процедуры расслабиться и глубоко дышать;

– процедура может сопровождаться дискомфортом, но не должна вызывать резких болезненных ощущений. Выраженная болезненность может быть причиной для остановки процедуры;

– периодически (не менее 2 раз за 5 минут) контролировать сердцебиение плода – ***при появлении брадикардии процедуру следует немедленно остановить;***

– если ЧСС плода возвращается к норме, то процедуру продолжают. Если нормальный ритм не восстанавливается – вернуть плод в исходное положение, а пациентку перевести в операционную для немедленного родоразрешения путем КС;

- продолжительность процедуры не должна быть более 5 минут;

• после неудачной попытки поворота: прекратить процедуру и запланировать элективное кесарево сечение [4].

Возможные осложнения при проведении наружного акушерского поворота плода:

• Преходящая брадикардия плода.
• Дистресс плода.
• Отслойка плаценты.
• Фето-материнская трансфузия.
• Дородовое излитие околоплодных вод.

Наблюдение после завершения процедуры:

• Выполнить УЗИ: оценить, успешен ли поворот и расположение пуповины.
• КТГ в течение 30-40 минут.
• В течение 30 минут контролировать у матери пульс, АД, болевые ощущения, вагинальные выделения (сразу после окончания процедуры, затем через 15 минут).
• Если женщина резус-отрицательная, не имеет RhD-антител и ей ранее не проводилась профилактика резус-сенсибилизизации, следует профилактически ввести антирезусный иммуноглобулин 625 МЕ [4].
• Можно отпустить женщину домой через 1 час после процедуры при условии:
- результаты наблюдения за матерью нормальные;
- нормальный реактивный тип КТГ;
- нет признаков начавшихся родов, аномальных вагинальных выделений или болей в животе.

NB! **Женщине следует рекомендовать срочно обратиться за медицинской помощью, если возникнут любые из этих нарушений или нарушения двигательной активности плода.**

Абдоминальные роды

Показания к выполнению планового кесарева сечения:

• экстрагенитальные заболевания, требующие выключения потуг [1];
• выраженное нарушение жирового обмена [1] – ожирение (ИМТ > 35 кг/м^2) [25, 26, 27, 28];
• бесплодие (решается индивидуально);
• пороки развития внутренних половых органов матери [1, 2, 4];
• сужение размеров таза [1];
• рубец на матке [1];
• предполагаемая масса плода менее 2500 г или более 3600 г [1];

• разгибание головки III степени по данным УЗИ и/или запрокидывание ручек плода [1, 2, 4];

• ножное предлежание плода у первородящих [2, 4];

• при многоплодии: любой вид тазового предлежания первого плода при двойне [15];

• отказ женщины от родов через естественные родовые пути.

Алгоритм действий при планировании КС

• Для родоразрешения методом кесарева сечения назначается обследование в объеме, соответствующем плановой операции [13, 29].

• Рекомендуемый срок родоразрешения оперативным путем ***не ранее 39 недель гестации*** [29]. Если у пациентки с запланированным оперативным родоразрешением роды начнутся раньше запланированного срока, следует выполнить экстренное кесарево сечение, по возможности, с применением УЗИ, подтверждающим тазовое предлежание плода [18].

• Перед операцией необходимо проинформировать женщину о необходимости кесарева сечения и возможных рисках для неё и плода [29].

• При плановой госпитализации для подтверждения тазового предлежания необходимо выполнить УЗИ непосредственно перед родоразрешением. Женщина должна быть проинформирована, что в случае обнаружения головного предлежания и отсутствия других показаний для кесарева сечения (кроме тазового предлежания), операция будет отменена, и ей могут предложить вернуться домой и ожидать спонтанного наступления родов [18].

• При отсутствии дополнительных показаний со стороны матери и/или плода беременная с тазовым предлежанием поступает на оперативное родоразрешение накануне или в день назначенной даты операции и проходит подготовку в соответствии с протоколом «Кесарево сечение» [29].

Женщина должна быть заранее проконсультирована врачом-анестезиологом для выбора метода анестезии.

Операция кесарева сечения проводится по обычной методике. Хирургом должен быть назначен врач, имеющий опыт выполнения подобных операций [15, 18, 29].

Роды через естественные родовые пути

NB! ***Роды через естественные родовые пути должен вести только врач, имеющий опыт ведения родов в тазовом предлежании плода и способный оказать пособия при их осложнениях.***

Вагинальные роды в тазовом предлежании должны проводиться в учреждении не ниже второй группы с готовностью к экстренному кесареву сечению.

Влагалищные роды в ТП в учреждении 1 группы возможны только в экстренной ситуации, например:

- Быстрые роды, когда нет времени для перевода женщины или кесарева сечения.

Условия для родов в тазовом предлежании через естественные родовые пути [1,4]:

- отсутствие сужения таза и других причин, препятствующих неосложненным родам, как в головном, так и тазовом предлежании;
- отсутствие синдрома задержки роста плода, гипоксии плода;
- предполагаемая масса плода не менее 2500 и не более 3600 г.;
- предлежание ягодичное (полное или неполное);
- отсутствует разгибание головки и/или запрокидывание ручек;
- нет в анамнезе кесарева сечения.

Неблагоприятные факторы для влагалищных родов [2, 3, 4, 16]

Сам по себе диагноз тазовое предлежание не является противопоказанием к вагинальным родам (уровень доказательности С) [2]. Однако неблагоприятными факторами при влагалищном родоразрешении являются:

- Наличие общих (не связанных с тазовым предлежанием) противопоказаний для вагинальных родов (например, субкомпенсированное/ декомпенсированное состояние плода).
- Отсутствие специалиста, имеющего опыт принятия родов в тазовом предлежании.
- Полное (неполное) предлежание плаценты, предлежание пуповины (С-4).
- Ножное предлежание (за исключением, если женщина поступила во 2 периоде родов с адекватной родовой деятельностью) (уровень доказательности IV).
- Разгибание головки плода и/или запрокидывание ручек, подтвержденное УЗИ (D-5).
- Предполагаемый вес плода: < 2000-2500 г (B-2b) или > 3600-3800 г (в зависимости от роста и размеров таза женщины) (B-2b) [1, 2, 4].
- Особенности строения плода, которые могут вызвать механические трудности.
- Ожирение (ИМТ > 35 кг/м^2).
- Отказ беременной от родов через естественные родовые пути.

Основные принципы ведения вагинальных родов

Нормальные роды в тазовом (чисто ягодичном или смешанном) предлежании предполагают [1, 2, 4]:

1) постоянное мониторирование состояния плода;

2) максимальное сохранение плодного пузыря;

3) нормальный характер родовой деятельности и скорость раскрытия шейки матки;

4) активное участие роженицы во втором периоде родов;

5) оказание акушерского пособия;

6) оказания классического ручного пособия;

7) ведение третьего периода родов и послеродового периода.

При вагинальных родах не рекомендованы *[4]:*

1) инвазивный фетальный мониторинг;

2) рутинная эпидуральная анальгезия;

3) индукция родов проводится ***в исключительных случаях по коллегиальному решению специалистов*** (B-3b) [2, 4];

4) активное «растуживание» женщины до того, как предлежащая часть не опуститься на тазовое дно.

При поступлении пациентки:

• По возможности необходимо с помощью УЗИ оценить положение и вес плода, расположение ножек, состояние головки (есть ли разгибание) и шеи (есть обвитие пуповиной), исключить запрокидывание ручек [15, 16].

• Планируемые вагинальные роды в ТП следует проводить в стационаре, где в случае необходимости экстренное кесарево сечение должно быть выполнено в течение ближайших 30 минут (уровень доказательности I-B) [2, 16].

• У женщин с незапланированными вагинальными родами в ТП тактика их ведения зависит от периода родов, наличия или отсутствия факторов риска развития осложнений, подтвержденных соответствующими клиническими исследованиями и наличия ***письменного*** информированного добровольного согласия пациентки на роды per vias naturales (уровень доказательности рекомендаций C) [15].

• Родильницам в конце первого/начале второго периода родов или в активном втором периоде родов не должно настойчиво предлагаться кесарево сечение [15].

• Все родильные отделения должны обеспечить квалифицированную помощь при вагинальных родах в ТП и иметь разработанные протоколы ведения таких родов [15].

I период

Первый период родов ведется по протоколу нормальных родов [30].

• С началом самопроизвольных родов желательно провести контрольное УЗИ (см. выше) [2, 16].

• Положение пациентки в родах – постельный режим на боку, а после излития околоплодных вод (при не прижатом тазовом конце) – строгий постельный режим с постоянным мониторированием (уровень доказательности С) [1, 2, 4, 18].

• Удовлетворительный прогресс родов: I период – раскрытие шейки матки в среднем не менее 1 см/час. Ведение партограммы обязательно [1, 2, 3, 4, 30].

• В родах показан непрерывный кардиомониторный контроль состояния плода (уровень доказательности С [2, 4, 16]) и (уровень доказательности IA [43]). ЧСС плода менее 100 и более 180 уд/мин при родах в тазовом предлежании является показанием к кесареву сечению. При выявлении начальных признаков гипоксии плода также целесообразно рассмотреть вопрос об оперативном абдоминальном родоразрешении.

• Не рекомендуется забор крови из ягодиц плода во время родов (уровень доказательности С) [2, 4].

• Влагалищное исследование проводится строго по показаниям.

• В отличии от родов в затылочном предлежании при родах в тазовом предлежании кесарево сечение должно быть выполнено на любом этапе при отсутствии прогресса (уровень доказательности С [2], уровень доказательности II-1A [43]) и отсутствии условий для экстракции плода за тазовый конец, а также начальных признаках гипоксии плода [1, 3, 4, 16].

• Амниотомия должна проводиться по строгим клиническим показаниям, так как повышает риск выпадения и сдавления пуповины (уровень доказательности 2–) [15]. Необходимости в проведении рутинной амниотомии при родах в тазовом предлежании нет (уровень доказательности С) [2].

• Мониторинг сократительной деятельности матки при излитии околоплодных вод, перед- и после обезболивания обязателен.

Влагалищный осмотр после отхождения околоплодных вод обязателен [1, 15, 16, 43].

Слабость родовой деятельности, осложнения со стороны плода и/или матери – показание к КС [15]

• Родостимуляция не рекомендуется. Введение окситоцина допускается только при редких схватках (менее 4 за 10 минут) на фоне эпидуральной анальгезии (уровень доказательности рекомендаций С) [2, 15]. При излившихся

околоплодных водах при ТП использование окситоцина показано для профилактики слабости родовых сил в активную фазу родов.

• В родах не должна рутинно использоваться перидуральная анестезия (Уровень доказательности С) [2]. По возможности её следует максимально избегать, поскольку она снижает рефлекторный ответ тазового дна, играющий важную роль в сохранении нормального биомеханизма родов при ТП [4, 15]. Предпочтение следует отдать медикаментозному виду анестезии.

• В родах при тазовом предлежании оказание пособия при рождении ягодиц обязательно [1, 3, 4, 16].

• Присутствие анестезиолога и неонатолога во втором периоде родов обязательно [1, 3, 4, 16].

II период родов

• Во втором периоде родов опускание ягодиц на тазовое дно должно происходить пассивно без активных потуг роженицы (уровень доказательности С) [2, 4, 15]. Если отмечена остановка опускания предлежащей части плода в следствии диспропорции размеров плода и таза матери, целесообразно обсудить показания к кесареву сечению (уровень доказательности С) [2]

• Если ягодицы пассивно не опустились на тазовое дно в течение 2 часов второго периода родов, рекомендовано выполнить кесарево сечение (уровень доказательности 2–) [15].

• Продолжительность латентной стадии II периода родов (без активных потуг) – не > 90 мин [2, 4, 16]. Продолжительность активных потуг – не > 60 мин (А-1а) [2, 4, 16, 43].

• Мониторинг КТГ продолжается непрерывно (А-1а) [2, 16].

• Нет необходимости в рутинной эпизиотомии. Эпизиотомия может быть проведена, если это необходимо для оказания помощи в родах (С-4) [2,4].

В клинических рекомендациях (протоколах) всех профессиональных медицинских сообществ нет данных о введении атропина сульфата с целью предупреждения спазма шейки матки во время рождения головки [3, 4, 12, 15, 16, 18].

Пособие при рождении ребенка

Необходимо присутствие ассистента, имеющего опыт приема родов в тазовом предлежании.

На родах должен присутствовать врач-неонатолог, владеющий навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме [1, 15].

Рекомендуемое положение – литотомическое (С-4) [2, 4];

Ягодицы плода должны самостоятельно опуститься до тазового дна без активных потуг [2, 4, 15].

• При рождении ягодиц, только поддерживайте их, не оказывая никаких дополнительных тракций (***не тянуть***!) – позвольте ягодицам рождаться самостоятельно, пока не будет видно нижнюю часть спины и затем нижний угол лопаток [2, 4, 15].

• В отечественной клинической практике при родах в чистом ягодичном предлежании после прорезывания ягодиц используют ручное акушерское пособие по Н.А. Цовьянову [1].

Цель пособия по Цовьянову – сохранение нормального членорасположения плода и предупреждение развития таких серьезных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки.

При ножном предлежании должно быть использовано **ручное пособие по Цовьянову при чисто ножном предлежании** (рис. 2). Основная цель – перевод чисто ножного предлежания в смешанное, что способствует увеличению объема предлежащей части плода и профилактике разгибания головки плода.

Техника выполнения пособия по Цовьянову: ножки при рождении плода прижимают к туловищу, тем самым не давая им родиться раньше времени. Кроме того, ножки плода прижимают к груди скрещенные ручки, что предупреждает их запрокидывание. Поскольку на уровне грудной клетки объем туловища вместе со скрещенными ручками и ножками больше, чем объем головки, она рождается без затруднений. При прорезывании ягодиц их захватывают обеими руками так, чтобы большие пальцы легли на прижатые к животу бедра плода, а остальные пальцы – на поверхности крестца. Благодаря такому расположению рук, удобно способствовать физиологическому течению механизма родов – движению рождающегося туловища вверх, по оси родового канала (рис. 1 а). По мере рождения туловища плода врач, держа руки у вульварного кольца, придерживает корпус плода, осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы, перемещая по спинке. Следует стремиться к тому, чтобы ножки плода не выпали раньше, чем родится плечевой пояс (рис. 1 б).

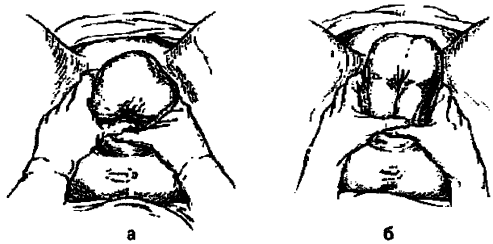


Рисунок 1. Ручное пособие при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова.

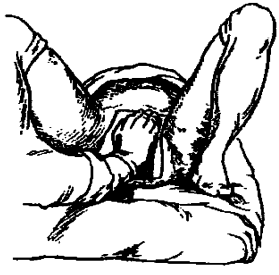


Рисунок 2. Ручное пособие при ножном предлежании.

• После рождения плода до пупка, роды следует вести активно [4]:

- во-первых, в этот момент происходит натяжение и прижатие пуповины головкой, вступившей в таз [1, 2, 3, 4, 16];

- во-вторых, при вступлении головки в полость таза и уменьшении объема матки возможны преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и острая гипоксия плода [1, 2, 4, 12, 18];

- на этом этапе необходимо избегать тракций и манипуляций пока плод рождается от пупка: необходимо только ослабить петли пуповины, если она находится в натянутом состоянии [16, 18]. При сильном натяжении пуповины, препятствующем продвижению туловища и головки, пуповину нужно пересечь между двумя зажимами и ускорить рождение ребенка [1, 2, 4, 18];

- следует поддерживать туловище ребенка, завернув его в сухую теплую пеленку [18].

При удлинении времени от рождения плода от нижних углов лопаток до рождения головки более 2-3 минут, может быть оказано классическое ручное пособие при рождении головки [31].

Рождение ручек:

- Следует стремиться, чтобы ручки высвободились самостоятельно, одна за другой. После самостоятельного рождения первой ручки необходимо поднять ягодицы вперед к животу матери для того, чтобы дать возможность второй ручке родиться самостоятельно. Если ручка не рождается самостоятельно, необходимо положить один или два пальца на локтевой сгиб и согнуть ручку, проведя ее вниз через лицо ребенка [1, 2, 4, 18].

- Если после рождения плечиков ручки не выпадают сами, плечевой пояс устанавливают в прямом размере таза и отклоняют туловище плода вниз (кзади). При этом рождается передняя ручка. Для рождения задней ручки туловище плода приподнимают (отклоняют вверх и кпереди). Одновременно с рождением ручки, обращенной кзади, выпадают ножки плода, из половой щели прорезывается подбородок [1, 2, 18].

- ***При задержке рождения ручек*** и головки плода после рождения туловища оказывают ***классическое ручное пособие по выведению ручек плода*** [31] (рис. 3 и 4):

Рисунок 3

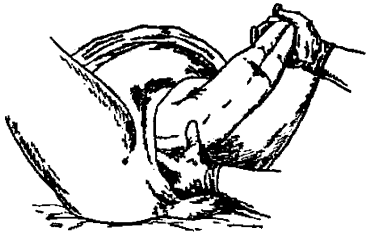
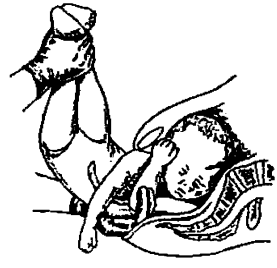


Рисунок 4



✓ ручка плода освобождается одноименной рукой акушера (правая – правой, левая – левой);

✓ первой освобождается задняя ручка, так как емкость крестцовой впадины больше и больше пространство для маневра;

✓ если запрокидывание ручки произошло в задней позиции плода (грудь и подбородок кпереди), то высвобождать начинают ту ручку, которая располагается ближе к крестцовой впадине (можно туловище плода немного потянуть или отведением туловища вверх и в сторону);

✓ для освобождения второй ручки туловище плода поворачивают на 180°. Акушер захватывает ножки плода (при первой позиции левой рукой, при второй позиции правой рукой) и отводит их к паховой складке, противоположной позиции плода. Одноименной рукой акушер освобождает ручку плода, расположенную со стороны крестцовой впадины. Врач надавливает на локтевой сгиб двумя пальцами и ручка, совершая «омывательное движение», рождается. Затем двумя руками акушер захватывает грудку плода (четыре пальца

– спереди, большой – сзади) и поворачивает её на 180°, проводя спинку под лонным сочленением. Передняя ручка плода при этом становится задней и освобождается одноименной рукой акушера, как и первая.

Рождение головки

- Для облегчения рождения последующей головки ассистент надавливает над лоном для сгибания головки, врач при этом поднимает туловище плода к симфизу матери (метод Брахта – одобрен для использования в Европе (уровень доказательности 3) [15, 16]);
- если при этом рождение головки не произошло, нужно применить приемы Мориссо-Левре-Лашапель или Вейта-Смелли [1, 2, 15, 19, 31];
- если и при этом рождение головки не произошло, то целесообразно наложение щипцов на последующую головку (уровень доказательности IIIB) [16].

Техника:

- обернуть тельце ребенка пеленкой;
- ложки щипцов располагают в поперечном размере. Ложки вводят, как и при затылочных предлежаниях выходных щипцов;
- при введении левой ложки, тельце ребенка отводят вправо, при введении правой – наоборот;
- тракции кзади и книзу (пока не образуется точка фиксации под лоном), потом кпереди. Наложение щипцов на последующую головку плода и её рождения **может проводить только специально подготовленный врач** (уровень доказательности 3) [1, 15, 16, 18].

Необходимости в рутинном проведении экстракции плода за тазовый конец нет (уровень доказательности III C) [2, 4] в виду высокого риска осложнений со стороны матери и плода (уровень доказательности II-2A) [4, 16]. Исключение составляют острый дистресс-синдром плода, интранатальное кровотечение, угрожающее матери и плоду, при наличии условий для выполнения экстракции плода за тазовый конец.

Изгнание плечевого пояса и головки должно произойти в ближайшие 3-5 мин. Задержка рождения плода более 5-6 мин чревата развитием острой гипоксии и интранатальной гибелью плода [2].

Осложнения II периода родов:

Запрокидывание ручек – это нарушение типичного членорасположения ручек, когда ручки отходят вверх к головке. Такое осложнение возникает при преждевременном потягивании за ножки. Различают три степени запрокидывания ручек:

I степень – располагается спереди лица плода.

II степень – по бокам головки.

III степень – запрокинуты за затылок.

Рождение туловища в задней позиции – происходит поворот туловища спинкой кзади. Ситуация чревата осложнением – разгибание головки, когда подбородок застревает поверх лона. Однако если головка сохраняет свое максимально согнутое положение, то роды заканчивают благополучно по механизму: область корня носа упирается в лонную дугу, а затылок ротируется над промежностью.

Во всех перечисленных случаях могут быть использованы акушерские приемы (уровень доказательности IV С) [2]:

1) При задержке вставления последующей головки – давление выше лобка ассистентом для сгибания головки. Также может быть использован прием Морисо-Смелли-Вейта (продвижение головки выше и поворот в косой размер для облегчения вставления).

2) При запрокидывании ручек выполняется пособие низведения ручек или используется прием Ловсета.

3) Возможно освобождение последующей головки при помощи акушерских щипцов, проведения прием Морисо-Смелли-Вейта I или II, метода Бернс-Маршала.

4) При необходимости тракций при приеме Морисо-Смелли-Вейта, целесообразно наложение акушерских щипцов.

5) При разгибании головки оптимален прием Виганд-Мартин-Винкеля: врач вводит в таз пальцы руки, потягиванием за нижнюю челюсть пытается восстановить сгибание головки в поперечном положении, а другой рукой нажимает на переднюю брюшную стенку с целью вытолкнуть головку.

Если разогнутая головка зацепилась подбородком за лоно, и нет возможности ввести руку в полость таза, давлением над лоном способствуют рождению головки, приподнимая при этом туловище ребенка кверху. Сначала рождается затылок, а потом и подбородок.

Тазовое предлежание при преждевременных родах.

В настоящее время ведется много дебатов относительно способа родоразрешения при тазовом предлежании в сроки менее 34 недель беременности. **В каждом конкретном случае решение должно приниматься коллегиально** [3, 18].

Женщину необходимо проинформировать о том, что:

• Кесарево сечение при преждевременных родах с тазовым предлежанием плода не является обязательным. Способ родоразрешения должен быть выбран в зависимости от периода родов, варианта тазового предлежания, состояния плода

и наличия врача, имеющего навыки ведения вагинальных родов в ягодичном предлежании (уровень доказательности С) [15].

• Не рекомендуется кесарево сечение при тазовом предлежании на сроках 22–25^{+6} недель беременности (уровень доказательности С) [15].

• В сроке 26-29^{+6} нед. предпочтительно кесарево сечение (уровень доказательности IV) [47]

• Кесарево сечение при преждевременных родах рекомендуется, если помимо тазового предлежания есть показания со стороны матери и/или плода (GPP) [15].

• До 25% всех преждевременных родов обусловлены осложнениями беременности, такими как преэклампсия, задержка роста плода, антенатальное кровотечение [32]. У женщин, требующих запланированного досрочного родоразрешения в тазовом предлежании по показаниям со стороны матери и/или плода, рекомендуется кесарево сечение (уровень доказательности 4) [15].

• Показатели перинатальной заболеваемости зависят от срока и причин преждевременных родов, то есть определяются собственно недоношенностью, и не зависят от способа родоразрешения (уровень доказательности 3) [15]. Чем ниже масса плода (< 1500 г), тем хуже исходы для плода, независимо от вида родоразрешения (уровень доказательности 2-) [15, 33].

Тактика родоразрешения

• Поскольку отсутствуют убедительные доказательства эффективности кесарева сечения при преждевременных родах в тазовом предлежании, решение о способе родоразрешения принимает опытный врач на основе полной оценки клинической ситуации после обсуждения ситуации с женщиной и её партнером. Очень важен период родов: течение преждевременных родов в ТП может быть длительное и непредсказуемое, а быстрое кесарево сечение может препятствовать полноценному эффекту стероидов для профилактики РДС плода, а также нейропротективному действию сернокислой магнезии [15].

• Непосредственно перед кесаревым сечением необходимо оценить положение ягодиц плода, чтобы избежать неудачной ситуации, когда туловище плода находится во влагалище (уровень доказательности 4) [15, 33, 34].

• Влагалищные преждевременные роды в тазовом предлежании должны вестись как роды в срок (уровень доказательности С) [15].

• В настоящее время недостаточно доказательной базы относительно ведения вагинальных преждевременных родов в тазовом предлежании.

• Следует избегать амниотомии [15, 16].

• Проблема, с которой сталкиваются при влагалищных преждевременных родах в тазовом предлежании, является рождение туловища плода при неполном раскрытии шейки матки (частота 14%) [35].

• При кесаревом сечении после извлечения туловища может также произойти ущемление головки плода (частота, как при вагинальных родах, около 14%) [36].

• Если произошло ущемление головки плода, при влагалищных родах можно выполнить разрезы на шейке матки (Британская коллегия акушеров-гинекологов рекомендует производить разрезы на 2-х, 6-ти и 10-ти часах); при кесаревом сечении следует дополнительно произвести вертикальный разрез на матке (J-образный или инвертированный Т-образный) (уровень доказательности 3) с токолизом или без него (уровень доказательности D) [15].

• Крупномасштабное исследование в 2007 году в Швеции (2674 женщин) продемонстрировало сокращение смертности недоношенных новорожденных при кесаревом сечении вдвое (уровень доказательности 2-) [15, 37]. По данным систематического обзора 2014 года, взвешенный риск смертности новорожденных при преждевременных родах составлял 3,8% при кесаревом сечении и 11,5% при вагинальных родах [38].

• У женщины после кесарева сечения в сравнении с вагинальными родами чаще возникала лихорадка (ОР 2.98, 95% ДИ 1.18–7.53), никаких других существенных различий в материнской заболеваемости в зависимости от способа родоразрешения при ТП не выявлено (уровень доказательности 2) [15].

Тазовое предлежание при родах двойней

• В настоящее время недостаточно доказательств относительно тактики ведения вагинальных родов двойней и ТП плода. Вагинальные роды ассоциированы с высоким риском сцепления близнецов. В связи с этим не следует менять практику планового кесарева сечения при двойне и ТП первого плода в сроки от 37 недель беременности (уровень доказательности рекомендаций 1+) [15].

• Около половины всех беременных с двойней рожают досрочно, поэтому решение относительно способа родоразрешения должно быть принято заблаговременно. Если преждевременные роды не произошли, рекомендуется родоразрешение в 37 недель беременности [39].

• Предлежание второго плода при родах двойней не всегда предсказуемо. Шанс головного предлежания второго плода может быть повышен при фиксации его головки у входа в таз матери сразу после рождения первого плода. Некоторые врачи предпочитают ускорять рождение второго плода внутренним поворотом на ножку и быстрым его извлечением в ТП. В настоящее время нет доказательств, какой метод является самым безопасным [15].

• Если после рождения первого плода диагностировано ТП второго плода, рутинное кесарево сечение не рекомендуется ни при родах в срок, ни при преждевременных родах (уровень доказательности В), поскольку нет доказательств того, что оно улучшает исходы для плода [15].

Организационные мероприятия для обеспечения ведения влагалищных родов в тазовом предлежании

• Симуляционно-тренинговое обучение для приобретения навыков ведения влагалищных родов в тазовом предлежании врачами акушерами-гинекологами и акушерками родильных отделений [15, 16].

• Разработка и исполнение клинических рекомендаций (протоколов) по ведению влагалищных родов при тазовом предлежании плода. Приверженность к клиническим рекомендациям (протоколам) снижает риск интранатальных осложнений [уровень доказательности С] [15].

• Тщательное документирование плана ведения родов, его обоснования, всех событий и манипуляций [16].

• Необходимо разработать максимально полное информированное добровольное согласие пациентки, чтобы обеспечить всестороннюю информированность женщины относительно запланированного способа родоразрешения при тазовом предлежании плода [GPP] [15].

Заключение

Одной из главных причин интранатальной гибели плодов, травматизма во время родов, приводящего к неонатальной смертности и тяжелой заболеваемости, является недостаточная подготовка медицинских работников (в том числе по навыкам коммуникации) и неэффективная организация помощи как на первичном уровне во время антенатального периода, так и на уровне стационара во время родов. Необходимым условием для повышения качества подготовки остаются тренинги на местах с использованием симуляторов, учебных видеоматериалов и решения ситуационных задач в реальном времени, которые должны проводиться не реже 1 раза каждые 6 месяцев.

Приложение 1

Информированное добровольное согласие на наружный поворот плода при тазовом предлежании

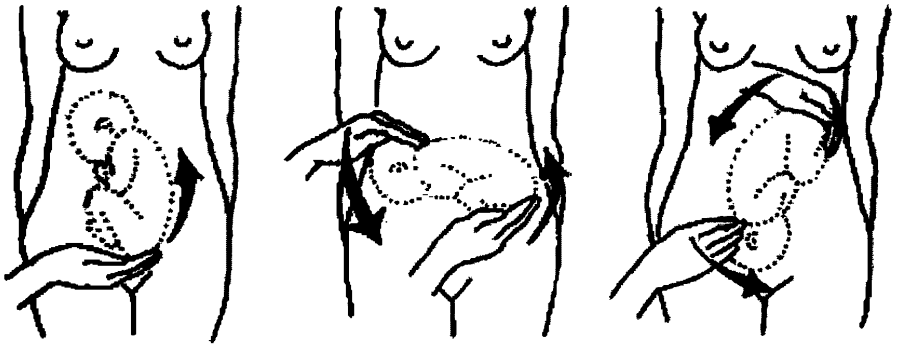
Вопрос о методе родоразрешения при тазовом предлежании плода до настоящего времени остается нерешенным. Самостоятельные роды в тазовом предлежании и выполнение кесарева сечения по поводу тазового предлежания не являются безопасными и связаны с определенным риском для здоровья матери и/или ребенка. При сохранении тазового предлежания плода к сроку родов необходимо определиться с дальнейшим ведением Вашей беременности и выбрать способ для рождения Вашего ребенка.

Настоящая форма разработана для того, чтобы помочь Вам принять информированное добровольное согласие/отказ о коррекции тазового предлежания плода путем проведения попытки наружного акушерского поворота. Пожалуйста, обсудите содержание данной формы с Вашим врачом, остановитесь на каждом пункте и примите решение о дальнейшем ведении Вашей беременности и родов.

Мой доктор (Ф.И.О.) _____ объяснил мне,

что в настоящее время мой плод находится в тазовом предлежании, и после изучения моего анамнеза и результатов обследований, для улучшения исхода беременности и родов, мне предложена попытка наружного поворота на головку.

- **Цель процедуры наружного поворота плода** – перевод ребенка из тазового предлежания в головное. Роды в головном предлежании естественны и безопасны.
- При удачной попытке поворота нет необходимости в фиксировании плода бандажом и дальнейшем стационарном наблюдении за беременной.
- **Преимущества**. Естественные роды в головном предлежании безопасны для матери и ребенка. Удачная попытка наружного поворота позволяет избежать риска и осложнений, связанных с самостоятельными родами в тазовом предлежании и выполнением кесарева сечения.
- **Наружный поворот плода** проводится только специально обученными врачами-акушерами в условиях стационара.
- Сроки проведения наружного поворота: от 36 недель вплоть до начала родов (при целом плодном пузыре).
- При тщательном отборе кандидатов для попытки наружного поворота при доношенной беременности осложнения встречаются редко, однако процедура не лишена риска.
- Использование расслабляющих матку препаратов увеличивает шансы на успех. Во время поворота доктор обеими руками бережно приподнимает и поворачивает ребенка головкой вниз, как изображено на рисунке.



– Средняя частота успешных попыток – 40% для первородящих женщин, 50% – для повторнородящих. У 5% беременных после успешного поворота плода на головку происходит обратный поворот на тазовый конец.

Пожалуйста, обсудите с Вашим доктором все Ваши сомнения и опасения.

• Возможны побочные эффекты используемых для расслабления матки препаратов (сердцебиение, слабость, сонливость, познабливание). Побочные эффекты редки, проходят самостоятельно в течение нескольких минут.

• Осложнения наружного поворота крайне редки – необходимость проведения экстренного кесарева сечения не превышает 0,5%.

• **Я понимаю, что попытка наружного поворота может сопровождаться определенным риском и ограничениями:**

– Во время подготовки и проведения процедуры я должна буду постоянно информировать Врача о моем самочувствии и ощущениях.

– Проведение поворота плода может сопровождаться дискомфортом, о возникновении резких болезненных ощущений необходимо немедленно сообщить врачу.

– Попытка поворота может оказаться неудачной. Ребенок может не повернуться или может возвратиться в исходное положение вскоре после успешного поворота. При моем желании и согласии может быть произведена повторная попытка поворота.

– В редких случаях возможно возникновение отслойки плаценты и кровотечения.

– Попытка поворота может сопровождаться урежением частоты сердцебиения плода (брадикардия). Если после паузы в производстве поворота сердцебиение плода не восстановится, мне выполнят экстренное кесарево сечение.

– Во время процедуры возможно излитие околоплодных вод;

– В некоторых случаях возможно попадание крови плода в систему кровообращения матери. Обычно это не приводит к возникновению проблем. При резус-отрицательной принадлежности крови матери и отсутствии антител профилактически вводят анти-RhD иммуноглобулин.

– После попытки поворота мне необходимо наблюдать за шевелениями и поведением моего плода, выделениями из влагалища. При уменьшении двигательной активности и изменении поведения плода нужно срочно сообщить об этом медицинскому персоналу.

- Я понимаю, что при попытке наружного поворота при тазовом предлежании существует риск осложнений, связанных с моими индивидуальными особенностями и обстоятельствами.

- Я понимаю, что невозможно гарантировать успех попытки наружного поворота. Даже при удачной попытке поворота существует 5% вероятность обратного поворота плода на тазовый конец.

- Я понимаю, что существует риск и опасности, связанные с необходимостью выполнения неотложного кесарева сечения при ухудшении состояния плода во время попытки поворота и после него.

Я подтверждаю, что доктор информировал меня о наружном повороте при тазовом предлежании и альтернативных вариантах ведения беременности и родов. Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, и я получила на них исчерпывающие ответы.

Я согласна на проведение попытки наружного поворота моего плода, находящегося в тазовом предлежании.

Подпись пациента_____(Ф.И.О._____)

Дата_____ Время_____

или

Я отказываюсь от попытки наружного поворота при тазовом предлежании.

Подпись пациента_____(Ф.И.О._____)

Дата_____ Время_____

Врач (Ф.И.О.)_____

Я подтверждаю, что я объяснил цели проведения попытки наружного поворота, методику выполнения процедуры, обсудил возможные риски и осложнения.

Я предоставил возможность задать вопросы и ответил на них.

Подпись врача_____(Ф.И.О._____)

Дата_____ Время_____

Приложение 2

Уровни и степени доказательности *(CEBM, University of Oxford) [2, 15, 19]*

Тип доказательности

Уровень	Тип доказательности
I	Доказательства получены в результате мета-анализов или большого числа хорошо спланированных РКИ с низким уровнем ошибок.
II	Доказательства основаны на результатах не менее одного хорошо спланированного РКИ или нескольких РКИ с высоким уровнем ошибок.
III	Доказательства основаны на результатах хорошо спланированных нерандомизированных исследований.
IV	Доказательства получены в результате нерандомизированных исследований с низким уровнем доказательности.
V	Доказательства основаны на клинических случаях, примерах и мнениях экспертов.

Степень доказательности рекомендаций

Уровень	Степень доказательности
A	Доказательства I уровня или устойчивые данные II, III или IV уровня
B	Доказательства II, III или IV уровня, считающиеся в целом устойчивыми
C	Доказательства II, III, IV уровня, но данные в целом неустойчивые
D	Слабые или несистематические эмпирические доказательства
V	Рекомендации, основанные на клиническом опыте

Классификация уровней доказательности (CEBM, University of Oxford) [2, 15, 19]

1++	Высококачественные мета-анализы, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований или рандомизированные контролируемые исследования с очень низким риском предвзятости
1+	Хорошо проведенные мета-анализы, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований или рандомизированные контролируемые исследования с низким риском предвзятости
1 –	Мета-анализы, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований или рандомизированные контролируемые исследования с высоким риском предвзятости
2++	Высококачественные систематические обзоры случай–контроль или когортные исследования высокого качества случай–контроль или когортные исследования с очень низким риском искажений, предвзятости или возможность и высокая вероятность того, что связь является причинно-следственной
2+	Хорошие исследования случай–контроль или когортные исследования с низким риском искажения, систематической ошибки или случайности и с умеренной вероятностью того, что связь является причинно-следственной
2–	Случай–контроль или когортные исследования с высоким риском искажений, предвзятости или шанс и значительный риск того, что связь не является причинно-следственной
3	Не аналитические исследования, например, отчеты о случая, серии случаев
4	Мнение эксперта

Уровни рекомендаций (CEBM, University of Oxford) [2, 15, 19]

A	по меньшей мере, один Мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененный как 1++ и напрямую применимый к целевой группе населения; *или* систематический обзор РКИ или совокупность доказательств в основном из исследований, оцененных как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующих общую согласованность результатов
Б	совокупность доказательств, включая исследования, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую согласованность результатов; *или* Экстраполированные доказательства из исследований, оцененные как 1++ или 1+
C	совокупность доказательств, включая исследования, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую согласованность результатов; *или* Экстраполированные доказательства из исследований, оцененные как 2++
D	уровень доказательства 3 или 4; *или* Экстраполированные доказательства из исследований, оцененные как 2+
GPP	Good Practice Points Рекомендации основаны на положительном клиническом опыте.

Приложение 3

Категории доказательств утверждений и классификации рекомендаций канадской целевой группы по вопросам медицинской помощи (Canadian Task Force on Preventive Health Care) [41]

Оценка качества доказательств *	**Классификация рекомендаций †**
I: Доказательства, полученные по меньшей мере из одного рандомизированного контролируемого исследования надлежащим образом	A. Существуют достаточные доказательства, чтобы рекомендовать клиническое профилактическое действие
II-1: Доказательства хорошо спланированных контролируемых исследований без рандомизации. Однако на процесс принятия решений могут влиять другие факторы	B. Есть объективные доказательства, чтобы рекомендовать клиническое профилактическое действие
II-2: Доказательства из когортных (проспективных или ретроспективных) или случай–контроль исследований хорошего дизайна, предпочтительно от более, чем одного центра или исследовательской группы	C. Имеющиеся доказательства противоречивы и не позволяют сделать рекомендации «за» или «против» использования клинико-профилактических действий
II-3: Доказательства, полученные из сравнения между временем или местом *с* или *без* вмешательства. Существенные результаты в неконтролируемых экспериментах могут быть также включены в эту категорию (такие, как результаты лечения препаратом пенициллина в 1940-х годах)	D. Есть объективные доказательства, против рекомендации клинического профилактического действия
Мнения авторитетных специалистов, основанные на клиническом опыте, описательных исследованиях или отчетах экспертных комитетов	E. Существует хорошее доказательство против рекомендации клинического профилактического действия
	L. Нет достаточных доказательств (по количеству или качеству), чтобы дать рекомендацию; однако, на процесс принятия решений могут влиять другие факторы
* Качество доказательств, представленное в данных протоколах (рекомендациях), заимствовано из оценки критериев доказательств, описанных Канадской целевой группой по вопросам профилактической медицинской помощи (Canadian Task Force on Preventive Health Care)	† Рекомендации, включенные в данные протоколы (рекомендации), были заимствованы из классификации критериев рекомендаций, описанных Канадской целевой группой по вопросам профилактической медицинской помощи (Canadian Task Force on Preventive Health Care)

Приложение 4

Тазовое предлежание плода. Информация для пациенток.

Частота тазовых предлежаний плода (ко входу в таз матери предлежит таз или ножки плода) в доношенном сроке беременности составляет 3,5-5%. Формирование данного вида предлежания плода обусловлено материнскими, плодовыми и плацентарными причинами, которые не всегда удается установить.

Тазовое предлежание чаще, чем головное, сочетается с преждевременными родами, гипоксией плода, нарушениями родовой деятельности. Чаще встречается травматизм плода, если возникает необходимость оказания пособий при извлечении плечевого пояса, ручек и головки плода. Ведущими факторами, определяющими возрастание частоты осложнений, являются как неудобное для родов предлежание ребенка (наиболее крупная часть рождается последней), так и причины по которым это предлежание сформировалось.

В настоящее время в распоряжении врача имеются разные (клинические и инструментальные, в первую очередь ультразвуковое исследования) методы диагностики тазового предлежания, оценки состояния матери и плода, размеров таза женщины, массы плода, положения его головки и т.д.

Тазовое предлежание плода, диагностируемое до 28 недель беременности, требует только наблюдения, т.к. у 70% повторнородящих и у 30-40% первородящих поворот на головку происходит спонтанно до родов. В сроки 28-36 недель можно назначить беременной (с учетом противопоказаний) комплекс гимнастических упражнений, направленных на исправление тазового предлежания плода. Однако эффективность этой гимнастики не доказана.

В сроке после 36-37 недель можно провести попытку произвести наружный поворот плода на головку. Такой поворот возможен в условиях стационара 2-3 группы (перинатальный центр), обладающего возможностью быстрого проведения экстренного кесарева сечения при возникновении осложнений. Существует ряд противопоказаний для наружного поворота (рубец на матке, разгибание головки плода, обвитие пуповиной, маловодие и другие).

Выбор оптимального способа родоразрешения при тазовом предлежании плода требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае.

При обсуждении вопроса о тактике родоразрешения беременная должна знать, что:

- Плановое кесарево сечение несколько снижает риск перинатальной смертности, по сравнению с родами в тазовом предлежании через естественные родовые пути. Так вероятность перинатальной смертности составляет 0,5 на 1000 при кесаревом сечении и 2 на 1000 при родах в тазовом предлежании. При родах в головном предлежании перинатальная смертность около составляет 1/1000.
- При родах в тазовом предлежании повышен риск рождения ребенка с низкими баллами по шкале Апгар, но в дальнейшем риск заболеваемости не повышается.
- Влияние эпидуральной аналгезии на исход родов в тазовом предлежании в настоящее время изучено недостаточно. Однако имеется высокая вероятность, что ее применение будет сопровождаться увеличением частоты необходимых вмешательств в родах (назначения окситоцина, пособий при рождении ребенка, кесарева сечения и др.).
- По сравнению с плановыми родами в тазовом предлежании плода плановое кесарево сечение незначительно повышает риск ранних осложнений для матери. Однако наиболее высокий риск осложнений имеет экстренное кесарево сечение, необходимость

которого возникает приблизительно у 40% женщин с запланированными вагинальными родами.

• Женщинам следует дать индивидуальную оценку долгосрочных рисков кесарева сечения на основе их индивидуального риска и репродуктивных планов.

• Следует учитывать, что кесарево сечение повышает риск осложнений при последующей беременности, включая риски при родоразрешении через естественные родовые пути при наличии рубца на матке, увеличение риска осложнений при повторном кесаревом сечении, риск нарушения расположения плаценты и её врастания.

• Типичными, но не обязательно абсолютными, показаниями к плановому кесареву сечению в тазовом предлежании являются:

– Обвитие пуповиной.
– Разгибание головки и запрокидывание ручек плода.
– Относительно крупные размеры плода (более 3600 г).
– Низкая масса плода (менее 2500 г).
– Ножное предлежание плода.
• Недоношенная беременность.

Также могут иметь место другие показания.

• Если женщина вступила в роды спонтанно, без подготовленного плана, то тактика родоразрешения зависит от стадии родов, наличия факторов риска осложнений, экспертной оценки врачей и наличия информированного согласия роженицы на тот, или иной вид родоразрешения. Если женщина находится во втором периоде родов, то обычно кесарево сечение выполняют только при наличии показаний со стороны матери или плода.

Таким образом, для выбора тактики родоразрешения у женщины с тазовым предлежанием плода необходима оценка риска родов и кесарева сечения, основанная на учете клинической ситуации и ее репродуктивного прогноза.

Список литературы

1. Национальное руководство. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1080 с.
2. RCOG Guidelines. The management of breech presentation. № 20b. December 2006. –13 p.
3. Breech Presentation, External Cephalic Version (ECV) and Breech Presentation in Labour. Clinical Guideline. Royal Cornwall Hospitals. NHS Trust service Equality and Diversity statement. 2015. – 13 p.
4. Breech Presentation. South Australian Perinatal Practice Guidelines. 17 June 2014. – 11 p. Next review due: 30 June 2017
5. Goffinet F, Azria E, Kayem G, Schmitz T, Deneux-Tharaux C. Let's avoid simplistic radicalism when reality is complex. BJOG 2016;123:145–6.
6. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 21; (7):CD000166. doi: 10.1002/14651858.CD000166.pub2.
7. 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.
8. Grootscholten K, Kok M, Oei G, et al. External Cephalic Version-Related Risks A Meta-analysis. Obstetrics & Gynecology. 2008;112(5):1143-51.
9. RANZCOG. C-Obs 11: College statement: Management of breech presentation at term: RANZCOG. 2013. Available from: gost.e-ecolog.ru guidelines.html#obstetrics;
10. Collins S, Ellaway P, Harrington D, et al. The complications of external cephalic version: results from 805 consecutive attempts. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2007;114:636-38.
11. Hutton EK, Hannah ME, Ross SJ. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: An international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2011;118:564-77.
12. Breech Presentation. Clinical Guidelines Obstetrics & Midwifery; King Edward Memorial Hospital Perth Western Australia; April 2015.- 5 p.
13. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н.
14. Breech Presentations. EMIS Group plc UK. 2014.- 5 p. gost.e-ecolog.ru
15. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK, RCOG Green-top Guideline No. 20b. BJOG, 2017. Management of Breech Presentation.
16. SOGC Clinical Practice Guideline. Vaginal Delivery of Breech Presentation. No. 226, June 2009. 10 p.
17. Hofmeyr GJ, Kulier R. Cephalic version by postural management for breech presentation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 3. Art. No.: CD000051. DOI: 10.1002/14651858.CD000051. (Level I). Available from URL: gost.e-ecolog.ru
18. NHS Guidelines For The Management of Breech Presentation Including External Cephalic Version (ECV). WAHT-OBS-019. 16th May 2014.- 23 p.
19. NICE. Antenatal care. Quality standard. 2012. Last updated April 2016.- 55 p. nice.org.uk/guidance/qs22.
20. External Cephalic Version. Royal Hospital For Women. Clinical Policies, Procedures & Guidelines. 2012.- 5 p.
21. External Cephalic Version. Clinical Guidelines Obstetrics and Midwifery King Edward Memorial Hospital Clinical Guidelines: Obstetrics & Midwifery Perth Western Australia, 2015.

22. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Breech Presentation. RCOG Guideline No. 20a, 2010.- 8 p.

23. External Cephalic Version gost.e-ecolog.ru manuals/O&G_guidelines/sectionb/2/b2.10.2.1.pdf 2015.

24. Клинические рекомендации (протокол) «Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах». Письмо Минздрава России от 2 октября 2015 г. № 15-4/10/2-5803. - Москва, 2015. – 16 с.

25. Management of Women with Obesity in Pregnancy. CMACE/RCOG Joint Guideline. March 2010. – 31 p.

26. Obesity in Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline No. 239, February 2010. J Obstet Gynaecol Can 2010;32(2):165–173.

27. Obesity in Pregnancy. ACOG Clinical Practice Guideline. Number 156. December 2015.- 9 p.

28. Queensland Clinical Guideline: Obesity in pregnancy. December 2015 Document number: MN15.14-V5.R20. – 30 p.

29. Клинические рекомендации (протокол) «Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода». Письмо Минздрава России от 6 мая 2014 г. № 15-4\10\2-3190. - Москва, 2014. – 44 с.

30. Клинические рекомендации (протокол) «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде. Письмо Минздрава России от 6 мая 2014 г. № 15-4\10\2-3185. - Москва, 2014. – 27 с.

31. Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. 2009. - 656 с.

32. Moutquin JM. Classification and heterogeneity of preterm birth. BJOG 2003;110 Suppl 20:30–3.

33. Cibils LA, Karrison T, Brown L. Factors influencing neonatal outcomes in the very-low-birth-weight fetus (< 1500 grams) with a breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1994;171:35–42.

34. Keirse MJ. Commentary: the freezing aftermath of a hot randomized controlled trial. Birth 889 2011;38:165–7.

35. Kayem G, Baumann R, Goffinet F, El Abiad S, Ville Y, Cabrol D, et al. Early preterm breech delivery: 891 is a policy of planned vaginal delivery associated with increased risk of neonatal death? Am J 892 Obstet Gynecol 2008;198:289.

36. Robertson PA, Foran CM, Croughan–Minihane MS, Kilpatrick SJ. Head entrapment and neonatal 894 outcome by mode of delivery in breech deliveries from 28 to 36 weeks of gestation. Am J Obstet 895 Gynecol 1996;174:1742–7; discussion 1747–9.

37. Herbst A, Källén K. Influence of mode of delivery on neonatal mortality and morbidity in 864 spontaneous preterm breech delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007;133:25–9.

38. Bergenhenegouwen LA, Meertens LJ, Schaaf J, Nijhuis JG, Mol BW, Kok M, Scheepers HC. Vaginal delivery versus caesarean section in preterm breech delivery: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014 Jan;172:1-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.10.017. Epub 2013 Oct 16.

39. National Institute for Health and Clinical Excellence. Multiple pregnancy: antenatal care for twin and triplet pregnancies. NICE clinical guideline 129. Manchester: NICE; 2011.

40. Breech Presentations. Document ID: 848 (v25). Original Author: Dr Chloe Borton; Current Version: Dr Jacqueline Payne; Peer Reviewer: Dr Shalini Patni. Last Checked: 26.08.2016. gost.e-ecolog.ru

41. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: SOGC Clinical Practice Guideline. No. 307, May 2014 (Replaces No. 206, March 2008).

42. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD003928

43. Breech Presentation and Delivery. SOGC OBSTETRICAL CONTENT REVIEW COMMITTEE, 2012

44. Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода. Клинический протокол. Институт здоровья семьи. Проект «Мать и Дитя» 2011, с. 33

45. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol 2006;194:1002–11

46. Hutton EK, Hofmeyr GJ, Dowswell T. External cephalic version for breech presentation before term. ochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 29; (7):CD000084. doi: 10.1002/14651858.CD000084.pub3.

47. Preterm footling breech delivery (query bank) Published: RCOG10/03/2011

gost.e-ecolog.ru