

6. Организация оказания медицинской помощи.....	24
7. Дополнительная информация (в том числе, факторы, влияющие на исход состояния).....	24
Критерии оценки качества оказания медицинской помощи.....	25
Список литературы.....	26
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	26
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	36
Приложение А3. Справочные материалы, актуальная соответствия показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственных препаратов.....	38
Приложение В. Алгоритмы действий врача.....	47
Приложение В. Информации для пациента.....	48
Приложение Г. Шкалы оценки, опросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	49

Список сокращений

АД - артериальное давление;
 ВПР - врожденные пороки развития;
 ЭПГ - запись ритма сердца;
 КС - кесарево сечение;
 КТГ - кардиотокография;
 МКБ - международная классификация болезней;
 ТП - газовое исследование;
 УЗИ - ультразвуковое исследование;
 ЧСС - частота сердечных сокращений.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Частота ТП плода при доношенной беременности составляет 3-5%. Среди всех ТП доля чисто ягодичного предлежания составляет 63,2-68,0%, смешанного ягодичного - 20,6-23,4%, пожного - 1,4-13,4% [5]. Чем меньше срок беременности, тем выше частота ТП плода. При сроке беременности < 28 недель и массе плода < 1000 г, частота ТП плода достигает 35%, а то время как при сроке 34-36 недель при массе плода 2000-2499 г она не превышает 8% [6, 7].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

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

О32.6 Комбинированное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери

помощи матери

О64.1 Затрудненные роды вследствие ягодичного предлежания

О64.5 Затрудненные роды вследствие комбинированного предлежания

О64.8 Затрудненные роды вследствие другого неправильного положения и предлежания плода

О80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании

О80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды

О83.0 Извлечение плода за тазовый конец

О83.1 Другое акушерское пособие при родоразрешении в тазовом предлежании

О83.2 Роды с другими акушерскими манипуляциями [ручными приемами]

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1) Ягодичное предлежание:

- чисто
- смешанное

2) Пожное предлежание:

- неполное
- полное
- коленное предлежание

7

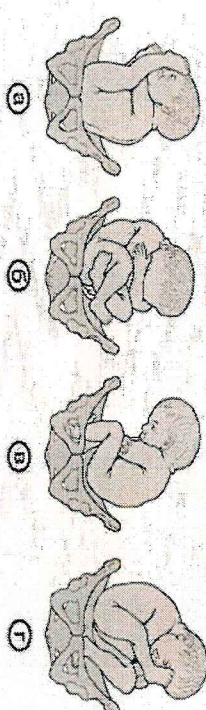


Рисунок 1. Виды тазового предлежания [5, 8-10]:
а) чисто ягодичное; б) смешанное ягодичное; в) полное пожное; г) неполное пожное.

Позиция плода при ТП определяется по отношению спинки плода к левой (I позиция) или правой (II позиция) стенкам матки, а вид - по отношению спинки к передней/задней стенке матки (соответственно передний или задний).

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Признаки ТП плода при наружном исследовании:

- высокое стояние дна матки, так как головной конец плода высоко расположен над входом в таз;
- голова плода (округлое плотное баллотнирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (неокружная, мягкая предлежащая часть) - над входом в таз, что определяется при пальпации живота;
- серпигебиение плода выступают на уровне пупка или выше.

Во время родов данные бимануального влагалищного исследования:

- при ягодичном предлежании предлежащая часть мягкая, можно прощупать межпозвоночную складку, крестец, половые органы плода;
- при чисто ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб;
- при смешанном ягодичном предлежании рукой с ягодичными прощупывают стопу(ы) плода, по локализации крестца уточняют позицию и вид;
- при пожных предлежаниях определяется нога или ножки плода.

8

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики¹

Критерии установления диагноза

Диагноз устанавливается на основании определения положения головного и тазового конца плода.

2.1. Жалобы и анамнез

Специфических жалоб нет. Возможные жалобы при наличии ТП плода: дискомфорт в подреберьях, поскольку в области лба матки находится головка плода [5, 11]. В случае смешанного или поперечного предлежания плода женщина может ощущать движение плода преимущественно в нижней части живота.

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендована пальпация плода, в родах дополнительно – бимануальное внешнее исследование, для определения положения и предлежания плода [5].
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: При ТП плоде отмечается высокое стояние лба матки, плотная часть (голова) определяется в дне матки, свободно баллоттирует, сердцебиение плода выслушивается на уровне пупка или выше [5]. Клинически важно подтверждение ТП плода в 36 недель беременности.

- Рекомендовано проведение бимануального влагалищного исследования и УЗИ плода при поступлении в стационар пациентки с ТП плода [5, 6, 8, 12].
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Лабораторное обследование проводится согласно клиническим рекомендациями «Нарушенная беременность»².

¹ Рекомендации относятся ко всем беременным пациенткам, если не указано иное
² Клинические рекомендации «Нарушенная беременность» <https://minzdrav.gov.by/ru/med-recom/18-08-08>

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезбоживание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения³

3.1. Немедикаментозные методы лечения ПП плода

- В 36 недель рекомендовано ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в ПП плода, медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить этот риск, возможными методами родоразрешения и их осложнениями [6, 14].
- Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

- Не рекомендовано предлагать пациентке проведение корригирующей гимнастики и акушерства для самостоятельного поворота плода на головку [15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Эффективность корригирующей гимнастики (комплекс гимнастических упражнений по методу Трищенко И.И., Чулешовой А.Е., Дьяченко И.Ф.) и акушерства не доказана.

- Рекомендовано предложить пациентке наружный поворот плода на головку (при отсутствии противопоказаний к естественным родам) для снижения вероятности кесарева сечения (КС) [5-9, 14-17].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Эффективность наружного поворота плода на головку составляет 30-80% [8]. При успешном наружном повороте плода на головку в 5% наблюдений отмечается спонтанный реверсия плода [15, 16]. Необходимо предупредить пациентку о том, что успех манипуляции зависит от многих факторов и никогда не может быть гарантирован на 100%.

- Для изменения положения плода рекомендовано проводить наружный поворот плода на головку врачу акушеру-гинекологу, владеющему техникой наружного поворота, в акушерском стационаре 2-й или 3-й группы [6, 9, 10].

³ Рекомендации оплодотворены ко всем беременным пациенткам с ПП плода, если не указано иное.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Наружный поворот плода на головку необходимо проводить в акушерском стационаре с наилучшим условием для экстренного КС, анестезиологической и неонатологической служб, ультразвуковой диагностики.

- Наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить в срок ≥36 недель беременности у первородящих и ≥37 недель беременности у повторородящих [18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

- Наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить при отсутствии противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути, удовлетворительном состоянии плода (по данным кардиотокографии (КТГ), доплерографического исследования кровотока в артерии пуповины), нормальном количестве многоплодной беременности [15, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Наружный поворот плода на головку не рекомендовано проводить при наличии следующих противопоказаний: плановое оперативное родоразрешение путем КС; кровоотечение во второй половине беременности; патологическая/сомнительная КТГ; нарушение кровотока в системе мат-плацентарно-пуповинных сосудов по данным доплерометрического исследования; ЗРП с нарушением кровотока в артерии пуповины; аномалии матки, опухоль матки или ее придатков, препятствующее повороту; многоплодие (кроме поворота второго плода после рождения первого плода); рубец на матке; трубец порока развития плода, мертвый плод; разрывные головки плода; преэклампсия или артериальная гипертензия; разрыв плодных оболочек; отсутствие добровольного информированного согласия на проведение операции наружного поворота; матоволие и многоводие; неустановленное положение плода [8, 15, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Перед проведением наружного поворота плода на головку рекомендовано информировать пациентку о возможных осложнениях, риск которых не превышает 0,5% [8, 15, 16]
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**
 Комментарий: К возможным осложнениям наружного акушерского поворота, требующих проведения экстренного КС, относятся: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; преждевременные роды; дорожное влияние околоплодных вод; разрыв матки; эмболия околоплодными водами; дистресс плода.
- Перед проведением наружного поворота плода на головку рекомендовано учитывать префакторы его успешного выполнения, к которым относятся: высокая паритет; абдоминальная пальпация головки плода; отсутствие окривления; приращение плаценты на задней или боковых стенках матки; чисто ягодичное предлежание плода; индекс амниотической жидкости более 10 см [9, 10].
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**
 При выполнении наружного поворота плода на головку рутинный токолиз не рекомендован (особенно у индуктороидных) [20].
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**
 При выполнении наружного поворота плода на головку рутинное использование спинальной или эпидуральной анестезии не рекомендовано [21].
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**
 Несенсибилизированным резус-отрицательным пациенткам после наружного поворота плода на головку рекомендовано дополнительно назначать иммуноглобулин человека антитрису Rhо[D]** в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно [22].
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

13

- В случае успешного наружного поворота плода на головку рекомендовано вести беременность согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»⁴, при спонтанном начале родовой деятельности роды вести через естественные родовые пути [9, 15, 23–32].
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**
 В случае неэффективного наружного поворота плода на головку рекомендовано вести роды через естественные родовые пути при отсутствии противопоказаний для естественного родоразрешения [9, 15, 23–32].
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**
3.2. Кесарево сечение при ТП плода
 В плановом порядке (II категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при ТП плода: при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предлежанием массива плода <2500 г или >3600 г [33–36].⁵
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**
 Комментарий: Рожание плода <2500 г или >3600 г в ТП не является нарушением клинических рекомендаций. Оперативное родоразрешение женщины с тазовым предлежанием носит рекомендательный характер и зависит от паритета женщины и акушерской ситуации.
- Плановое КС рекомендовано на сроке $\geq 38^6$ недель беременности, что способствует оптимальному физиологическому созреванию плода, при отсутствии показаний для досрочного родоразрешения [37–39].
- **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

⁴Клинические рекомендации «Нормальная беременность» <http://ro.sci.sci.ru/ru/files/documents/168-85>

⁵ Клинические рекомендации «Формы оплодотворения, родоразрешение путем кесарева сечения» <http://ro.sci.sci.ru/ru/files/documents/168-85>

14

- Перед плановым КС рекомендовано УЗИ плода или использование наружных приемов для определения положения и предлежания плода, так как возможен самопроизвольный поворот плода на головку [9, 12].
- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Рекомендовано информировать пациентку о том, что безопасность естественных родов при ТП плода сопоставима с таковой при полномном предлежании и обеспечивается корректным отбором беременных, а также достаточным опытом ведения родов квалифицированным медицинским персоналом [12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Перинатальная смертность при вгнзгидных родах в ТП плода составляет от 0,8 до 1,7%, при КС после 39 недель беременности - от 0 до 0,8%, при родах в головном предлежании - 1% [6, 9].

3.3. Роды через естественные родовые пути при ТП плода

- С целью недопущения осложненной роды через естественные родовые пути рекомендовано вести врачу акушеру-гинекологу, имеющему опыт ведения родов в ТП плода и способному оказать помощь при возникновении осложнений [12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Роды через естественные родовые пути в ТП плода рекомендовано вести в акушерском стационаре 2-й или 3-й группы [9, 23, 38].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Роды через естественные родовые пути в ТП плода необходимо проводить в акушерском стационаре с наличием условий для экстренного КС, анестезиологической и неонатальной служб. Роды через естественные родовые пути в ТП плода в учреждении 1-й группы возможны только в экстренных случаях, например, стремительные роды [12].

- При ведении родов через естественные родовые пути с ТП плода врачу акушеру-гинекологу рекомендовано учитывать следующие факторы, оказывающие благоприятное влияние на исход родов: отсутствие причин, препятствующих

15

несложным естественным родам; срок беременности ≥ 36 недель; отсутствие анатомического сужения таза; отсутствие ЗРП и признаков нарушения состояния плода; предположимая масса плода не менее 2500 г и не более 3600 г; адекватное предлежание плода; отсутствует разгибание головки или запрокидывание туловища; отсутствие аномалий развития плода, которые могут стать причиной затруднений родов; отсутствие в анамнезе кесарева сечения; медицинский персонал, обученный ведению родов в ТП плода; спонтанное начало родовой деятельности [5, 6, 8, 9, 12, 24, 40–43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарий: У первородящих роды протекают с большим количеством осложнений. Появления перинатальных смертей в родах с ТП были у плодов с ЗРП [41], [44].

- Рекомендовано учитывать желание пациентки, настаивающей на проведении родов в ТП плода через естественные родовые пути, и не отказывать при отсутствии показаний к КС, но при этом информировать пациентку о возможных затруднениях при вгнзгидных родах в ТП плода [9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано учитывать неблагоприятные факторы для родов в ТП плода через естественные родовые пути, такие как ЗРП; отсутствие специализата, имеющего опыт принятия родов в ТП плода; ножное предлежание плода (за исключением случаев, когда пациентка поступает во 2-м триместре родов с адекватной родовой деятельностью); разгибание головки плода и/или запрокидывание туловища, подтвержденное УЗИ; предположимая масса плода: < 2500 г или > 3600 г (в зависимости от конституции матери); аномалии развития плода, препятствующие естественным родам; ожирение (индекс массы тела > 35 кг/м²); отказ беременной от родов через естественные родовые пути [5, 6, 8, 9, 12, 24, 40–43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

- Рекомендовано вести 1-й период родов в удобном для пациентки положении с учетом ее предпочтений [45, 46].

16

- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**
Не рекомендована ампутация при родах в III триместре, так как ампутация повышает риск выкидыша и сыворотки пуповины [6].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Рекомендовано биомеханическое исследование для исключения или выявления выкидыша пуповины сразу после сломанного разрыва плодных оболочек [9, 41].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
Комментарий: Частота выкидыша пуповины составляет приблизительно 1% при полном ятрогическом прерывании (против $\geq 10\%$ при ножном прерывании).
- В 1-м периоде родов в III триместре рекомендован непрерывный КТГ-мониторинг состояния плода, учитывающий повышенный риск сыворотки пуповины [9, 47, 48].
Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).
- Не рекомендован забор крови из ягодиц плода во время родов с целью определения уровня лактата [6, 8].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Не рекомендована рутинная нейрорадиальная анестезия для обезболивания родов [6, 23].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
Комментарий: Современные методы нейрорадиальной анестезии сохраняют способность матери эффективно тужиться. Когда ягодицы опущены на тазовое дно, влияние нейрорадиальной анестезии на успешность естественных родов при III триместре изучено недостаточно [23, 49, 50].

- При наличии показаний с целью родового обезболивания рекомендована инфузия родовой раствором окситоцина** [9, 51, 52].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).
- Не рекомендована родостимуляция в активную фазу родов [53].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Рекомендовано введение программы для контроля прогресса родов [6].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Рекомендовано адаптировать положение женщины во 2-м периоде родов (литотомическом, вертикальном или на четвереньках) с учетом ее предпочтений. Если предпочтение отдается вертикальной позе, то пациентка должна быть предупреждена, что при необходимости положение может быть изменено на литотомическое [6].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Во 2-м периоде родов в III триместре рекомендован непрерывный КТГ-мониторинг состояния плода [6, 9].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Не рекомендована рутинная эпидуральная анестезия для профилактики родового травматизма [6].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
Комментарий: Возможно выполнение мембральной эпидуральной анестезии по показаниям.
- Рекомендовано выполнить КС, если ягодицы не опустились на тазовое дно в течение 1 часа 2-го периода родов [8, 9].

головки может привести к окклюзии позвоночных артерий и некрозу спинного мозга шейного отдела позвоночника. Избыточное давление на шейный отдел позвоночника, оказываемое при тракциях кингу, может оказывать точно такой же эффект и приводить к вывиху позвоночника.

- Не рекомендована дутинная операция экстракции плода за тазовый конец [6, 8] ввиду высокого риска осложнений со стороны матери и плода [8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Исключение составляют острый дисплекс-синдром плода, интранатальное кровотечение, угрожающее матери и плоду при наличии условий для выполнения экстракции плода за тазовый конец.

- Рекомендовано завершить рождение плечевого пояса и головки в течение 3-5 мин, так как увеличение этого времени может приводить к развитию острой гипоксии и интранатальной гибели плода [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

3.4. Решение преждевременных родов в ТП-плоде

- Рекомендовано решение о способе родоразрешения при преждевременных родах и ТП-плода принимать консилиумом врачей на основе полной оценки клинической ситуации после обсуждения с пациенткой [57].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Не рекомендовано родоразрешение путем операции КС при ТП-плода в сроке 22-25^й недель беременности [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- В сроке 26-31^й недель беременности рекомендовано отдавать предпочтение родоразрешению путем операции КС [34].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

21

Комментарий: Показатели перинатальной заболеваемости зависят от срока и причины преждевременных родов, т.е. определяются недоношенностью, и не зависят от способа родоразрешения [6]. Чем ниже масса плода (< 1500 г), тем хуже исходы для плода, независимо от метода родоразрешения [6].

4. Мужчинская реабилитация и санаторно-курортное лечение,

медицинские показания и протгнолоказание к применению методов

медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применимо.

22

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи

0	Критерии качества	Уровень	
		убедительности рекомендаций	достоверности доказательности
1	Проведено ультразвуковое исследование плода с верификацией вида предлежания плода	C	5
3	Предоставлена информация пациентке о возможных рисках и методе родоразрешения	C	5
4	При отсутствии противопоказаний предложена наружный поворот плода на головку	A	1
5	Перед плановым кесаревым сечением проведено ультразвуковое исследование плода или использованы наружные приемы для определения положения и предлежания плода	C	5
6	Выполнен непрерывный КТГ-мониторинг в родах	B	3
7	Выполнен контроль прогресса родов с использованием партограммы	C	5

Список литературы

- Hofmeyr G.J. Overview of breech presentation. Literature review current through: Feb 2020 | This topic last updated: Dec 16, 2019. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-breech-presentation>.
- Sekalic S, Jilincic M, Radeka G, Novakovic-Milicic A, Simic S, Rodgorac J, et al. Breech presentation and the spinal-fundal location of the placenta. *Slovi Med J*. 2013; 54(2):198–202.
- Moselle D, Chang J.J, Bai F, Wang J, Guin C, Stampf K, et al. Breech presentation at delivery: a marker for congenital anomaly? *J Perinatol*. 2014; 34(1):1–5.
- Fruscalzo A, Londero A.P., Salvador S., Bertozzi S., Biasoli A., Della Mantina M, 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(2):167–72.
- Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1088 p.
- Management of Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20b. BJOG. 2017; 124(7):e151–77.
- Breech Presentation, External Cephalic Version (ECV) and Breech Presentation in Labour Clinical Guideline V2.1. 2019. 13 p.
- Department for Health and Ageing, Government of South Australia. Breech Presentation. South Australian Perinatal Practice Guideline – 2018. – 13 p.
- Konacki A., Menicoglogou S. No. 384-Management of Breech Presentation at Term. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019; 41(8):1193–205.
- Breech Presentation and Delivery. SOGC Obstetrical Content Review committee. 2012.
- Hofmeyr G.J. Abnormal fetal presentation and position. In: Chapter 34, Turnbull's Obstetrics, 2000.
- Hofmeyr G.J. Delivery of the singleton fetus in breech presentation. Literature review current through: Feb 2020. | This topic last updated: Feb 24, 2020. <https://www.uptodate.com/contents/delivery-of-the-singleton-fetus-in-breech-presentation>.
- J. Payne, Breech Presentations / EMIS Group plc UK. – 2016.
- Guidelines For The Management of Breech Presentation Including External Cephalic Version (ECV). NHS; 2014. 23 p.
- External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20a. BJOG. 2017; 124(7):e178–92.
- Gynaecology. K.F.M.H.O.&. Clinical practice guideline: Abnormalities of Lie /

- Presentation 2018. 24 p.
17. Hofmeyr G.J., Kulier R., West H.M. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane database Syst Rev* 2015; (4):CD000083.
 18. Hutton E.K., Hannah M.E., Ross S.J., Delisle M.-F., Carson G.D., Windrim R., et al. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. *BIOG*. 2011; 118(S):564-77.
 19. Hutton E.K., Hofmeyr G.J., Downswell T. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane database Syst Rev* 2015; (7):CD000084.
 20. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins--Obstetrics. Practice Bulletin No. 161: External Cephalic Version. *Obstet Gynecol* 2016; 127(2):e54-61.
 21. ACOG Committee Opinion No. 745: Mode of Term Singleton Breech Delivery. *Obstet Gynecol* 2018; 132(2):e60-3.
 22. Thissen D., Swinkels P., Dullemond R.C., van der Steeg J.W. Introduction of a dedicated team increases the success rate of external cephalic version: A prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019; 236:193-7.
 23. Goffinet F., Curayol M., Foidart J.-M., Alexander S., Uzan S., Subtil D., et al. 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(4):1002-11.
 24. Azria E., Le Meaux J.-P., Khoshnood B., Alexander S., Subtil D., Goffinet F., et al. Factors associated with adverse perinatal outcomes for term breech fetuses with planned vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207(4):285.e1-9.
 25. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(1):20-5.
 26. Mentzoglou S.M. Why vaginal breech delivery should still be offered. *J Obstet Gynaecol Can* 2006; 28(5):380-5; discussion 386-9.
 27. Whyte H., Hannah M.E., Saigal S., Hannah W.J., Hewson S., Amankwah K., et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(3):864-71.
 28. Nagle K., Heinrich J., Borte M., von Berg A., Schaaf B., Lehmann I., et al. Mode of delivery and development of atopic disease during the first 2 years of life. *Pediatr Allergy Immunol* 2004; 15(1):48-54.
 29. Lautheranu B., Filipiak-Pittroff B., von Berg A., Gröbl A., Reinhardt D., Wichmann H.E., et al. Cesarean section and gastrointestinal symptoms, atopic dermatitis, and sensitisation during the first year of life. *Arch Dis Child* 2004; 89(11):993-7.
- 27
30. Hull A.D., Moore T.R. Multiple repeat cesareans and the threat of placenta accreta: incidence, diagnosis, management. *Clin Perinatol* 2011; 38(2):285-96.
 31. Schutte J.M., Steegers E.A.P., Santema J.G., Schuitemaker N.W.E., van Roostmalen J., Maternal Mortality Committee Of The Netherlands Society Of Obstetrics. Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(2):240-3.
 32. Lawson G.W. Report of a breech cesarean section maternal death. *Birth* 2011; 38(2):159-61.
 33. Ismail M.A., Ngeib N., Ismail T., Cibils L.A. Comparison of vaginal and cesarean section delivery for fetuses in breech presentation. *J Perinat Med* 1999; 27(5):339-51.
 34. Bergenhegouwen L., Vlemmix F., Ensing S., Schaaf J., van der Post J., Abu-Hanna A., et al. Preterm Breech Presentation: A Comparison of Intended Vaginal and Intended Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2015; 126(6):1223-30.
 35. Robillo P.A., Boe N.M., Danielson B., Gilbert W.M. Vaginal vs. cesarean delivery for preterm breech presentation of singleton infants in California: a population-based study. *J Reprod Med* 2007; 52(6):473-9.
 36. Flamm B.L., Fried M.W., Lonky N.M., Giles W.S. External cephalic version after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165(2):370-2.
 37. Hofmeyr G.J., Hannah M., Lawrie T.A. Planned cesarean section for term breech delivery. *Cochrane database Syst Rev* 2015; (7):CD000166.
 38. Hannah M.E., Hannah W.J., Hewson S.A., Hedderly E.D., Saigal S., Willian A.R. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group*. *Lancet* (London, England) 2009; 356(9239):1375-83.
 39. Helit M.P. Trends in vaginal breech delivery. *J Epidemiol Community Health* 2015; 69(12):1237-9.
 40. Vendittelli F., Pons J.C., Lemery D., Marnelle N. Obstetricians of the AUDIPOG Sentinel Network: The term breech presentation: Neonatal results and obstetric practices in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 125(2):176-84.
 41. Koraska A., Mentzoglou S., Gagnon R., MATERNAL FETAL MEDICINE COMMITTEE. Vaginal delivery of breech presentation. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; 31(6):557-66.
 42. Michel S., Drain A., Closset E., Demeille P., Ego A., Subtil D., et al. Evaluation of a decision protocol for type of delivery of infants in breech presentation at term. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 158(2):194-8.
 43. Hofmeyr G.J., Kulier R., West H.M. Expedited versus conservative approaches for
- 28

- vaginal delivery in breech presentation. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; (7):CD000082.
44. Jemwewin L, Kietland-Kaisen U, Paul B, Møllmann C.J., Kient A.-S., Schulze S, et al. Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery at term of children weighing more or less than 3.8 kg: A FRABAT prospective cohort study. *PLoS One*. 2018; 13(8):e0202760.
45. Bogner G, Strobl M, Schaubberger C, Fischer T, Reichenberger K, Jacobs V.R. Breech delivery in the all fours position: a prospective observational comparative study with classic assistance. *J Perinat Med*. 2015; 43(6):707-13.
46. Reitter A, Daviss B.-A., Bisits A, Schollenberger A, Vogl T., Herrmann E, et al. Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis? *Am J Obstet Gynecol*. 2014; 211(6):662.e1-9.
47. Jatestad M.C., Schietz H.A., Yli B.M., Kessler J. Fetal monitoring in term breech labor - A review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019; 239:45-51.
48. Kessler J, Moster D, Albrechtsen S. Intrapartum monitoring with cardiotocography and ST-waveform analysis in breech presentation: an observational study. *BJOG*. 2015; 122(4):528-35.
49. Hochett E.D., Gates S, Holmeyer G.J., Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database Syst Rev*. 2013; 7:CD003766.
50. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfrewe Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane database Syst Rev*. 2012; (3):CD009234.
51. Bleu G, Demetz I, Michel S, Drain A, Houfflin-Debarge V, Deruelle P, et al. Effectiveness and safety of induction of labor for term breech presentations. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2017; 46(1):29-34.
52. Macharey G, Ulander V.-M., Heinonen S, Kostev K, Nuutila M, Väisänen-Tommiska M. Induction of labor in breech presentations at term: a retrospective observational study. *Arch Gynecol Obstet*. 2016; 293(3):549-55.
53. Burgos J, Anna I, Garitano I, Rodríguez L, Cobos P, Osuna C, et al. Induction of labor in breech presentation at term: a retrospective cohort study. *J Perinat Med*. 2017; 45(3):299-303.
54. Чепуха Е.А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода – М.: ГИОТАР-Медиа. 2007. – 176 с.
55. Баккер Т.Ф., Каллер Э.А., Аруликмадан С. Оперативное акушерство Мауро Кеппу, под ред. Р. Зуннега, – М., 2015. – С. 199-214.
56. Kayem G, Baumann R, Goffinet F, El Ahfad S, Ville Y, Cahrol D, et al. Early preterm

29

- breech delivery: is a policy of planned vaginal delivery associated with increased risk of neonatal death? *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198(3):289.e1-6.
57. Penn Z.J, Steer P.J, Grant A. A multicentre randomised controlled trial comparing elective and selective caesarean section for the delivery of the preterm breech infant. *BJOG*. 2014; 121 Suppl:48-53.
58. Holmeyer G.J., Kuller R. Cephalic version by postural management for breech presentation. *Cochrane database Syst Rev*. 2012; 10:CD000051.
59. Goffinet F, Azria E, Kayem G, Schmitz T, Deneux-Thiriaux C. Re: The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies: Let's avoid simplistic radicalism when reality is complex. *BJOG*. 2016; 123(1):145-7.
60. Su M, McLeod L, Ross S, Willian A, Hannah W.J, Hutten E, et al. Factors associated with adverse perinatal outcome in the Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(3):740-5.
61. Smith G.C. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184(3):489-96.
62. Hellsten C, Lindqvist P.G., Olofsson P. Vaginal breech delivery: is it still an option? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003; 111(2):122-8.
63. Višnjić I, Cvancarova M, Husnad B.L., Henriksen T. Vaginal breech delivery: results of a prospective registration study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13:153.
64. Toronen E, Palomäki O, Huhtala H, Uotila J. Selective vaginal breech delivery at term - still an option. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012; 91(10):1177-83.
65. Doyle N.M., Riggs J.W., Remin S.M., Sosa M.A., Gilstrap L.C. Outcomes of term vaginal breech delivery. *Am J Perinatol*. 2005; 22(6):325-8.
66. Borbolla Foster A., Bagust A., Bisits A., Holand M., Welsh A. Lessons to be learnt in managing the breech presentation at term: an 11-year single-centre retrospective study. *Aust N Z J Obstet Gynecol*. 2014; 54(4):333-9.
67. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after Previous Caesarean Birth (Green-top Guideline No. 45). October 2015.
68. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Choosing to have a Caesarean Section, July 2015.
69. Vientimä F., Bergenhengouwen L, Schaaf J.M., Emsing S, Rosman A.N., Ravelli A.C.J., et al. Term breech deliveries in the Netherlands: did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014; 93(9):888-96.
70. Berhan Y., Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned

30

8. **Безопасарь Виталий Фадорович** - д.м.н., профессор, руководитель клиники акушерства и гинекологии, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России в СЗФО (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
9. **Безакришницкая Татьяна Евгеньевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ниппинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России в ДФО (г. Читя). Конфликт интересов отсутствует.
10. **Ватушенко Ульяна Андреевна** – врач акушер-гинеколог организационно-методического отдела МБУ Екатеринбургский клинический перинатальный центр (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
11. **Гагаев Чеслав Иванович**, - д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
12. **Грачева Марина Сергеевна** – заведующая отделением патологии беременности МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр». (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
13. **Домгушина Наталья Витальевна** – д.м.н., профессор, заместитель директора – руководителя департамента организации научной деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
14. **Колташева Ирина Михайловна** – руководитель отдела менеджмента качества и безопасности медицинской деятельности МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
15. **Ксеонофопова Ольга Леопольдовна** – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
16. **Крутова Виктория Александровна** – д.м.н., профессор, главный врач клиники, проректор по лечебной работе ФГБОУ ВО Кубанский Государственный университет Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ЮФО (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.

33

17. **Мартиросян Сергей Валериевич** – к.м.н., главный врач МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
18. **Михайлов Антон Валерьевич** - д.м.н., профессор, главный врач Санкт-Петербургского ГБУЗ «Родильный дом №17», главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
19. **Обоказилова Татьяна Анатольевна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
20. **Панова Ирина Александровна** – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, неонатологии, реаниматологии и анестезиологии ФГБУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Горюхова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
21. **Царейкин Илья Валерьевич** – д.м.н., доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии, неонатологии, реаниматологии и анестезиологии ФГБУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Горюхова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
22. **Червова Ольга Владимировна** – к.м.н., заведующая организационно-методическим отделом МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
23. **Пескин Олег Николаевич** – к.м.н., заместитель директора по лечебной работе ФГБУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Горюхова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
24. **Радицкий Виктор Евгеньевич** - член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
25. **Рокотьянская Елена Аркадьевна** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, неонатологии, реаниматологии и анестезиологии ФГБУ "Ивановский

34

- научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Горджокова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
26. Саваткина Галина Михайловна – академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии перинатального факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
27. Серов Владимир Николаевич - академик РАН, д.м.н., профессор, замруководитель отдела науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник ФГБУ «НИИЦ АПТ им. В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
28. Смирнова Елена Владимировна – к.м.д., научный сотрудник отдела акушерства и гинекологии ФГБУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Горджокова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
29. Сытова Людмила Алексеевна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, неонатологии, реаниматологии и анестезиологии ФГБУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Горджокова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
30. Фрагинцов Олег Саменович – д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медицинский стомактологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
31. Фаткуллин Ильдар Фаридович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанского ГМУ, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в ЦФО (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.

- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**
- Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**
1. врачи акушеры-гинекологи
 2. студенты ординатуры, аспиранты акушеры-гинекологи
 3. преподаватели, научные сотрудники

Таблица 1. Шкала оценки уровня достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, но включенным независимым от исследуемого метода или рандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровня достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ с систематическим обзором исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования неравновесные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рекомендуемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рекомендуемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рекомендуемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственных препаратов

Связанные документы.

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 г. №203н. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012г. №572н. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
4. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.
5. Таковое предложение плода (везение беременности и родов). Клинические рекомендации (протокол). Письмо МЗ РФ от 18 мая 2017 г. N 15-4/102-3299 – 35 с.
6. Breech Presentation, External Cephalic Version (ECV) and Breech Presentation in Labour. Clinical Guideline. Royal College Hospital. NHS Trust service Equality and Diversity statement. – 2015. – 13 p.
7. SOGC Clinical Practice Guideline: Vaginal Delivery of Breech Presentation. No. 226, June 2009 / A. Konaka [et al.] // Int. J. Gynaecol Obstet. – 2009. – Vol. 37, № 6. – P. 557–566.
8. Management of Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20b. / L.W.M. Imprey, D.J. Murphy, M. Griffiths, L.K. Reina // BJOG. – 2017.
9. Guidelines for The Management of Breech Presentation Including External Cephalic Version (ECV) // NHS. – 2014. – 23 p.
10. Guidelines for The Management of Breech Presentation Including External Cephalic Version (ECV) // NHS. – 2014. – 23 p.
11. External Cephalic Version. Clinical Guidelines Obstetrics and Midwifery. King Edward Memorial Hospital Clinical Guidelines: Obstetrics & Midwifery Perth Western Australia, 2015.
12. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Breech Presentation (Guideline No. 20a) // RCOG. – 2010. – 8 p.
13. Birth after Previous Caesarean Birth (Green-top Guideline No. 45) // RCOG. – London, 2015.
14. Management of Breech Presentation (Green-top Guideline No. 20b) // RCOG. – 2016. – 23 p.

Техника наружного акушерского поворота

- ✓ Получить письменное информированное добровольное согласие пациентки.
 - ✓ Осуществлять постоянный вербальный контакт с пациенткой.
 - ✓ Выполнить в день процедуры УЗИ, доплерометрию плечевой артерии и КТГ.
 - ✓ Обсудить возможность проведения экстренного родоразрешения путем операции КС в случае развития осложнений, угрожающих матери или плоду
 - ✓ Оценить и записать исходные данные матери: пульс, АД.
 - ✓ Женщина не должна быть голодной!
 - ✓ Поможете женщине на спине, под углом с небольшим наклоном 10-15 градусов (для профилактики синдрома аорто-кавальной компрессии). Если пациентке удобно лежать на спине и не развивается синдром сдавления нижней полой вены, то операция может быть выполнена в положении на спине.
 - ✓ Опорожнить мочевой пузырь.
 - ✓ Пациентку просят во время процедуры расслабиться и глубоко дышать. Процедура может сопровождаться дискомфортом, но не должна вызывать резких болевых ощущений. Выраженная болезненность может быть причиной для остановки процедуры.
 - ✓ Продолжительность процедуры не должна быть более 5 минут, рекомендуется проводить не более двух попыток поворота.
 - ✓ Процедура проводится при непрерывном ультразвуковом контроле асептиком перемещения головки и тазового конца плода с одновременным контролем частоты сердечных сокращений плода - при появлении брадикардии процедуру следует немедленно остановить. Если ЧСС плода возвращается к норме, то процедуру продолжают.
- Если нормальный ритм не восстанавливается, и развивается протонированная диссерация, пациентку необходимо перевести в операционную для выполнения экстренного родоразрешения путем КС.

Последовательность действий при технике наружного акушерского поворота «кувырок вперед»:

- необходимо встать сбоку от женщины, со стороны, противоположной расположению спинки плода;
- приподнять из малого таза женщины тазовый конец плода;
- одна рука остается на тазовом конце, другая находится на голове плода, иногда смещают в сторону спинки плода сначала в первое косое, в попереное, а затем во второе косое положение;

39

- ладонью руки охватывают голову плода, продвигая ее к плоскости входа в малый таз, второй рукой ладонью перекачивают на дно матки;
- движения должны быть плавными и ритмичными;
- все манипуляции должны быть деликатными, сохраняющими физиологическую позицию плода.

Последовательность действий при технике наружного акушерского поворота «кувырок назад»:

- необходимо встать со стороны спинки плода, приподнять из малого таза женщину тазовый конец плода, ладонью удерживают ребром ладони и направляют в бок и вверх;
- оказать наибольшее давление на ягодицу, чтобы сохранить плод в состоянии стояния, голова при этом мягко поворачивается.

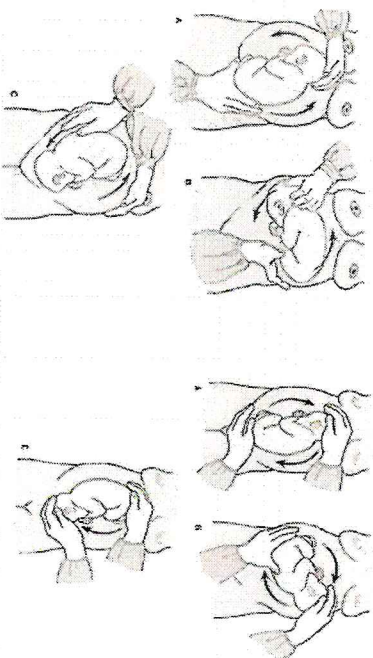


Рисунок 1. Техника наружного акушерского поворота

После завершения процедуры:

- ✓ Выполнить ультразвуковой контроль положения подлежащей части и выполнить КТГ плода в течение 30 минут.
- ✓ В течение 30 минут контролировать у матери пульс, АД, болевые ощущения, вагинальные выделения (сразу после окончания процедуры, затем через 15 минут).
- ✓ Если результаты наблюдения за матерью нормальные, нормальный тип КТГ, нет признаков нарастающей родовой изнуренности, нормальных выделений из половых путей или болей в животе возможна выписка из стационара.
- ✓ Женщине следует рекомендовать срочно обратиться за медицинской помощью, если возникнут любые из этих нарушений или нарушения двигательной активности плода.

40

Техника пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании

После проформанини ягодиц их захватывают обеими руками так, чтобы большие пальцы легли на прижатые к животу бедра плода, а остальные пальцы - на поверхность крестца. По мере рождения туловища плода врач, держа руки у верхней части колча, придерживает туловище плода осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы переминает по спине. При рождении плода ножки прижимают к туловищу, тем самым не давая им разойтись раньше времени. Кроме того, ножки плода прижимают к груди скрещенные руки, что предупреждает их запрокидывание. Поскольку на уровне тазовой клетки объем туловища вместе со скрещенными руками и ножками больше, чем объем головки, она рождается без затруднений.

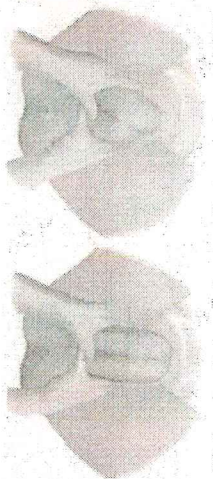


Рисунок 2. Техника пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании

Техника пособия по Цовьянову при ножном и смешанном ягодичном предлежании плода

При проформанини стоп (стопа) плода, покрыв половую щель рождения стерильной пленкой, яичной поверхностью правой руки, приставленной к полойной щели, противодействуют преждевременному рождению пожек. Ягодицы оказывают давление на пещный канал и способствуют полному раскрытию маточного зева, опускаются во влагалище и образуют с нахоющимися там ножками смешанное ягодичное предлежание.



41

Рисунок 3. Техника пособия по Цовьянову при ножном и смешанном ягодичном предлежании плода

Техника приема Пинарда

С помощью пальцев акушер надавливает на подвздошную ямку и отводит бедро в противоположную сторону от туловища. Это приводит к сгибанию коленного сустава и облегчает выведение стопы и ноги. Данный прием может быть повторен для рождения противоположной ноги и стопы.

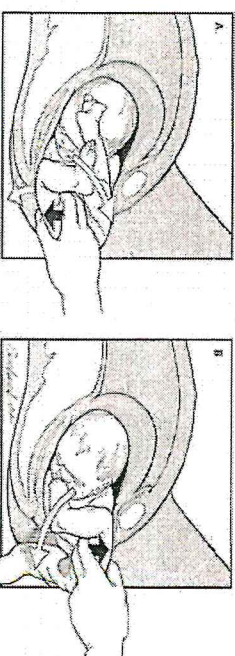


Рисунок 4. Техника приема Пинарда

Приемно захвата туловища

Акушер руками фиксирует бедра плода, расположив большие пальцы на крестце, а остальные - на подвздошном гребне. Чтобы незначить соскальзывание рук, можно использовать небольшую стерильную салфетку. Важно не сжимать живот плода!

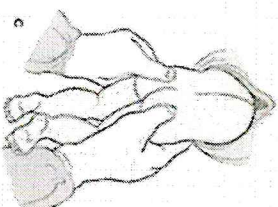


Рисунок 5. Техника захвата туловища

42

Техника рождения ручек путем ротации туловища

Если ручки плода согнуты и располагаются спереди на грудной клетке, двумя пальцами прощупать по плечевку плеча и далее вниз по плечевой кости, затем локтевой сустав и предплечье плода выводят вдоль лица к грудной клетке плода, что позволяет верхней (верхней) руке свободно родиться, затем тело ротируется на 90° со стороны спинки, выталкивается вторая лопатка и манипуляции повторяют с другой стороны.

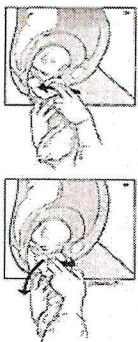


Рисунок 6. Рождение ручек путем ротации туловища

Техника приема Ловеста

Плод удерживают за бедра или костяный таз (но не за живот). Для более надежного захвата можно обернуть ноги/таз плода пеленкой. Туловище плода аккуратно подтягивают вниз, затем тело плода приподнимают вверх ладьями, что способствует смещению заднего плечика ниже меча крестца. Плод поворачивают аккурратными движениями на 180 градусов, чтобы родилось первое верхнее (перешеек) плечико и ручка. Если ручка не рождается, поколите рождением ручки, положив один или два пальца на верхнюю ее часть. Опустите ручку вниз через тазушку при согнутом локте с кистью, проведенной через лицо. Для рождения второй ручки поверните ребенка назад на 180 оборота, удерживая спинку вверх, и, потянув его вниз, выведите вторую ручку так же ручек.

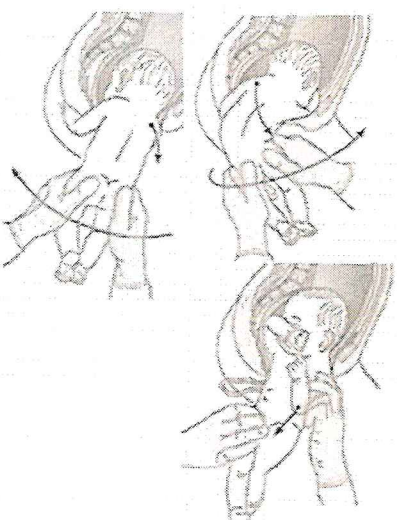


Рисунок 7. Техника приема Ловеста

Техника классического ручного пособия по выделению ручек плода

Ручка плода освобождается одноименной рукой акушера (правая - правой, левая - левой). Первый освобождается захватив ручку, так как эмкость крестцовой впадины больше и больше распространяется для маневра. Акушер захватывает ножки плода (при первой позиции левой рукой, при второй позиции правой рукой) и отводит их к локтевой складке, противоположенной позиции плода. Одноименной рукой акушер освобождает ручку плода, расположившую со стороны крестцовой впадины. Ручкой проводят вдоль спинки плода, плечика и пальпируют плечевую кость, захватывают на уровне локтевого сгибания, так чтобы ручка, отбывая, проходила вдоль лица и выводится (комбинированное движение). Для освобождения второй ручки туловище плода поворачивают на 180°, проводят спинку под лопаты сочленения. Передняя ручка плода при этом становится задней и освобождается одноименной рукой акушера, как и первая.

Метод Брахта

Для облегчения рождения последующей головки асептично надавливает над лобком для сгибания головки, врач при этом поднимает туловище плода к сморщенной мекри.

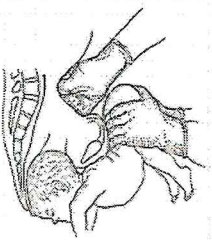


Рисунок 8. Метод Врихта

Техника приема Моррисо-Смеллин-Вайта

Поможите телу ребенка на ванну ладонь и предплечье, ноги и ручки свисают с обеих сторон. Указательный и средний пальцы этой руки располагают на верхней челюсти по обе стороны носа для сгибания головки. Не стоит помещать один палец в рот и оказывать давление на нижнюю челюсть. Это может привести к вывиху нижней челюсти. Другую руку располагают на спине плода, средние пальцы аккуратно надавливают на задний край бугор, что приводит к сгибанию головки. Остальные пальцы этой руки свободно лежат на плечах новорожденного. Это пособие поддерживает аккупантное надавливание для сгибания головки, слабое тяговое усилие по направлению кзади, затем вперед. Направление траекторй проводится относительно вертикально стоящей женщины.

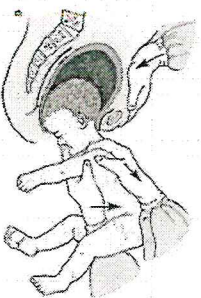


Рисунок 9. Прием Моррисо-Смеллин-Вайта

Техника наложения щипцов на последующую головку плода в родах при тазовом предлежании

Врач акушер-гинеколог встает на колени, т.к. щипцы накладываются под телом ребенка. Ассистент удерживает тело ребенка в положении на уровне или слегка выше уровня горизонтальной линии (отклонение допускается не более чем на 45°).

Щипцы Лайнера имеют обратную кривизну ручек, что делает их более удобными в применении, чем другие щипцы, т.к. тело не должно быть поднято слишком высоко, чтобы отклонять его от ручки щипцов. Четыре пальца правой руки вводят между стенкой влагалища и головкой плода слева на уровне между 4 и 5 часами воображаемого циферблата. Щипцы располагают таким образом, чтобы нижняя ветвь ложки заводилась по безымянному пальцу, а большой палец контролировал вращение ложки. Левая рука постепенно перемикает ручку вниз и к срединной линии, в то время как пальцы правой руки направляют ложку и зажимают стенку влагалища и боковую часть головки плода. Не должно быть никаких движений с усилком. Затем процедуру повторяют, с другой стороны. Ложку вводят между 7 и 8 часами условного циферблата. Затем сжимают ложки. Ребенок кладут сверху на ручки щипцов. Врач одной рукой держит щипцы, а вторую руку кладет сверху на тело ребенка. Подъем ручек щипцов и усиления тракции по направлению кзади до образования точки фиксации под лопом, затем вперед. Направление траекторй проводится относительно вертикально стоящей женщины.

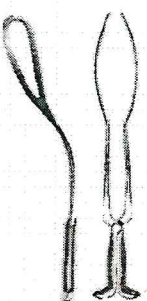


Рисунок 10. Щипцы Лайнера (облиц вид).

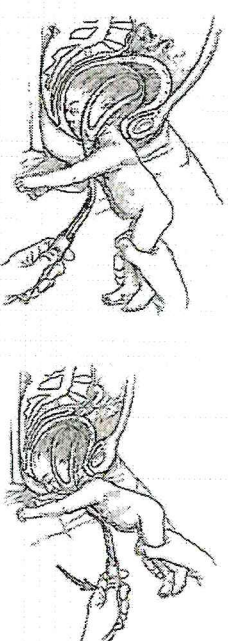


Рисунок 11. Наложение щипцов Лайнера на последующую головку плода

**Приложение Г. Шкалы оценки, вопросы и другие оценочные
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических
рекомендациях**

Нет.