

Клинические рекомендации

Тазовое предлежание плода

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: O32.1/O32.6/O64.1/O64.5/O64.8/O80.1/O80.8/O83.0/O83.1/O83.2

Возрастная категория: взрослые/дети

Год утверждения: **2020**

Разработчик клинической рекомендации:

- ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ...	7
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	7
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ...	7
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	9
2.1. Жалобы и анамнез.....	9
2.2. Физикальное обследование.....	9
2.3. Лабораторные диагностические исследования	9
2.4. Инструментальные диагностические исследования	10
2.5. Иные диагностические исследования	10
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	11
3.1. Немедикаментозные методы лечения ТП плода.....	11
3.2. Кесарево сечение при ТП плода	14
3.3. Роды через естественные родовые пути при ТП плода	15
3.4. Ведение преждевременных родов в ТП плода.....	21
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	22
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	23

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, включая соответствия показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	38
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	47
Приложение В. Информация для пациента	48
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	49

Список сокращений

- АД - артериальное давление;
- ВПР - врожденные пороки развития;
- ЗРП - задержка роста плода;
- КС - кесарево сечение;
- КТГ - кардиотокография;
- МКБ - международная классификация болезней;
- ТП - тазовое предлежание;
- УЗИ - ультразвуковое исследование;
- ЧСС - частота сердечных сокращений.

Термины и определения

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

Ягодичное предлежание:

- а) *чисто ягодичное предлежание* – ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы плода;
- б) *смешанное ягодичное предлежание* – ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы плода.

Ножное предлежание:

- в) *полное ножное предлежание* – предлежат обе ножки (стопы) плода, при этом обе ножки разогнуты в тазобедренных коленных суставах;
- г) *неполное ножное предлежание* – предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода; при этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставах;
- д) *коленное предлежание* – предлежат колени (одно/оба) плода; при этом одна или обе ножки плода разогнуты в тазобедренных и согнуты в коленных суставах.

Наружный поворот плода на головку – операция наружного профилактического поворота плода из тазового предлежания в головное предлежание.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ТП плода - клиническая ситуация, при которой предлежащей частью являются ягодицы и/или ножки/ножка плода.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

К этиологическим факторам ТП плода относятся [1–5]:

- ✓ недоношенность;
- ✓ ТП плода в анамнезе;
- ✓ сужение таза, аномальная форма таза;
- ✓ пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой);
- ✓ чрезмерная или ограниченная подвижность плода;
- ✓ многоводие или маловодие;
- ✓ многоплодная беременность;
- ✓ новообразования внутренних половых органов (миоматозные узлы, опухоли придатков);
- ✓ патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты);
- ✓ врожденные пороки развития (ВПР) плода (анэнцефалия, гидроцефалия, крестцово-копчиковая тератома, объемное образование в области шеи);
- ✓ короткая пуповина;
- ✓ задержка роста плода (ЗРП).

Существует гипотеза, согласно которой нормальная анатомия и двигательная активность плода, объем амниотической жидкости и расположение плаценты создают условия, в которых оптимальным для плода становится головное предлежание. При наличии изменений со стороны какого-либо из указанных факторов повышается вероятность ТП плода. Предполагают, что предлежание зависит также от незрелости вестибулярного аппарата плода [5].

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%, ножного –11,4-13,4% [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%, в 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

O32.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери

O32.6 Комбинированное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери

O64.1 Затрудненные роды вследствие ягодичного предлежания

O64.5 Затрудненные роды вследствие комбинированного предлежания

O64.8 Затрудненные роды вследствие другого неправильного положения и предлежания плода

O80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании

O80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды

O83.0 Извлечение плода за тазовый конец

O83.1 Другое акушерское пособие при родоразрешении в тазовом предлежании

O83.2 Роды с другими акушерскими манипуляциями [ручными приемами]

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

1) Ягодичное предлежание:

- ✓ чистое
- ✓ смешанное

2) Ножное предлежание:

- ✓ неполное
- ✓ полное
- ✓ коленное предлежание.

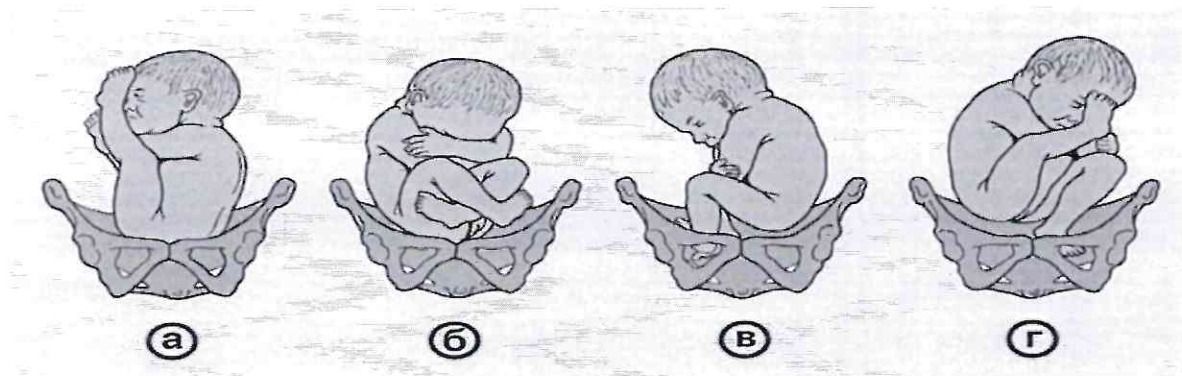


Рисунок 1. Виды тазового предлежания [5, 8–10]:

а) чисто ягодичное; б) смешанное ягодичное; в) полное ножное; г) неполное ножное.

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 тазовый конец плода высоко расположен над входом в таз;
- ✓ головка плода (округлое плотное баллотирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (некрупная, мягкая предлежащая часть) - над входом в таз, что определяют при пальпации живота;
- ✓ сердцебиение плода выслушивают на уровне пупка или выше.

Во время родов данные бимануального влагалищного исследования:

- ✓ при ягодичном предлежании предлежащая часть мягкая, можно прощупать межягодичную складку, крестец, половые органы плода;
- ✓ при чисто ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб;
- ✓ при смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу(ы) плода, по локализации крестца уточняют позицию и вид;
- ✓ при ножных предлежаниях определяется ножка или ножки плода.

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 дна матки находится головка плода [5, 11]. В случае смешанного ягодичного или ножного предлежания плода женщина может ощущать шевеление плода преимущественно в нижней части живота.

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендована пальпация плода, в родах дополнительно – бимануальное влагалищное исследование, для определения положения и предлежания плода [5].

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

Комментарий: При ТП плода отмечается высокое стояние дна матки, плотная часть (голова) определяется в дне матки, свободно ballotирует, 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 рекомендациям «Нормальная беременность»².

¹ Рекомендации относятся ко всем беременным пациенткам, если не указано иное

² Клинические рекомендации «Нормальная беременность» <http://prof.ncagp.ru/index.php?t8=85>

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Для подтверждения ТП плода после наружного исследования рекомендовано ультразвуковое исследование (УЗИ) плода [5, 13].

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

Комментарий: При УЗИ плода необходимо определить: вид ТП плода; массу плода; количество вод (амниотический индекс); локализацию плаценты; аномалии развития плода; наличие разгибания головки плода.

2.5 Иные диагностические исследования

Не требуется

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

3.1 Немедикаментозные методы лечения ТП плода

- В 36 недель рекомендовано ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в ТП 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 акупунктуры для самостоятельного поворота плода на головку [15].

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

Комментарий: Эффективность корригирующей гимнастики (комплекс гимнастических упражнений по методу Грищенко И.И., Шулеповой А.Е., Диканю И.Ф.) и акупунктуры 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 спонтанная 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 относятся ко всем беременным пациенткам с ТП 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 наличием условий для экстренного КС, анестезиологической и неонатальной служб, ультразвуковой диагностики.

- Наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить в срок ≥ 36 недель беременности у первородящих и ≥ 37 недель беременности у повторнородящих [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 амниотической жидкости [15, 16].

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

- Наружный поворот плода на головку не рекомендовано проводить при наличии следующих противопоказаний: планируемое оперативное родоразрешение путем КС; кровотечение во второй половине беременности; патологическая/сомнительная КТГ; нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод по данным доплерометрического исследования; ЗРП с нарушением кровотока в артерии пуповины; аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующие повороту; многоплодие (кроме поворота второго плода после рождения первого плода); рубец на матке; грубые пороки развития плода, мертвый плод; разгибание головки плода; преэклампсия или артериальная гипертензия; разрыв плодных оболочек; отсутствие добровольного информированного согласия на проведение операции наружного поворота; маловодие и многоводие; неустойчивое 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).

Комментарии: К возможным осложнениям наружного акушерского поворота, требующих проведения экстренного КС, относятся: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; преждевременные роды; родовое излитие околоплодных вод; разрыв матки; эмболия околоплодными водами; дистресс плода.

- Перед проведением наружного поворота плода на головку рекомендовано учитывать предикторы его успешного выполнения, к которым относятся: высокий паритет; абдоминальная пальпация головки плода; отсутствие ожирения; прикрепление 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 повторнородящих) [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 назначить иммуноглобулин человека антирезус Rho[D]** в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно [22].

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

- 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 (III 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, предполагаемой массе плода <2500 г или >3600 г [33–36].⁵

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

Комментарий: Рождение плода <2500 г или >3600 г в ТП не является нарушением клинических рекомендаций. Оперативное родоразрешение женщин с тазовым предлежанием носит рекомендательный характер и зависит от паритета женщины и акушерской ситуации.

- Плановое КС рекомендовано на сроке $\geq 39^0$ 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://prof.ncagp.ru/index.php?_t8=85

⁵ Клинические рекомендации «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения» http://prof.ncagp.ru/index.php?_t8=85

- 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 головном 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 вагинальных 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 осложнений роды через естественные родовые пути рекомендовано вести врачу акушеру-гинекологу, имеющему опыт ведения родов в ТП плода и способному оказать пособия 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

неосложненным естественным родам; срок беременности ≥ 36 недель; отсутствие анатомического сужения таза; отсутствие ЗРП и признаков нарушений состояния плода; предполагаемая масса плода не менее 2500 г и не более 3600 г; ягодичное предлежание плода; отсутствует разгибания головки и/или запрокидывания ручек; отсутствие аномалий развития плода, которые могут стать причиной затрудненных 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).

Комментарии: У первородящих роды происходят с большим количеством осложнений. Половина 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 вагинальных 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 специалиста, имеющего опыт принятия родов в ТП плода; ножное предлежание плода (за исключением случаев, когда пациентка поступает во 2-м периоде родов с адекватной родовой деятельностью); разгибание головки плода и/или запрокидывание ручек, подтвержденное УЗИ; предполагаемая 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].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

- Не рекомендована амниотомия при родах в ТП плода, так как амниотомия повышает риск выпадения и сдавления пуповины [6].

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

- Рекомендовано бимануальное влагалищное исследование для исключения или выявления выпадения пуповины сразу после спонтанного разрыва плодных оболочек [9, 41].

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

Комментарий: Частота выпадения пуповины составляет приблизительно 1% при полном ягодичном предлежании (против $\geq 10\%$ при ножном предлежании).

- В 1-м периоде родов в ТП плода рекомендован непрерывный КТГ-мониторинг состояния плода, учитывая повышенный риск сдавления пуповины [9, 47, 48].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).

- Не рекомендован забор крови из ягодич плода во время родов с целью определения уровня лактата [6, 8].

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

- Не рекомендована рутинная нейроаксиальная анальгезия для обезболивания родов [6, 23].

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

Комментарий: Современные методы нейроаксиальной анестезии сохраняют способность матери эффективно тужиться. Когда ягодичцы опустились на тазовое дно, влияние нейроаксиальной анальгезии на успешность естественных родов при ТП плода изучено недостаточно [23, 49, 50].

- При наличии показаний с целью родовозбуждения рекомендована индукция родов 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 ведение партограммы 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 позиции, 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 ТП плода рекомендован непрерывный КТГ-мониторинг состояния плода [6, 9].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Не рекомендована рутинная эпизиотомия для профилактики родового травматизма [6].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
Комментарий: Возможно выполнение медиолатеральной эпизиотомии по показаниям.
- Рекомендовано выполнить КС, если ягодицы пассивно не опустились на тазовое дно в течение 1 часа 2-го периода родов [8, 9].

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

- Не рекомендовано оказывать акушерское пособие ранее самостоятельного рождения ребенка до уровня пупка [9, 41].

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

Комментарии: В отечественной клинической практике при родах в чистом ягодичном предлежании после рождения туловища до пупка используют ручное акушерское пособие по Н.А. Цовьянову I. Цель пособия по Цовьянову - сохранение физиологического членорасположения плода и предупреждение развития таких серьезных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки плода (приложение Г, рисунок 2). При ножном предлежании в советском акушерстве применяли пособие по Н.А. Цовьянову II, основная цель которого - перевод чисто ножного предлежания в смешанное ягодичное, что способствует увеличению объема предлежащей части плода и достижению полного раскрытия маточного зева [54] (приложение Г, рисунок 3).

- При чисто ягодичном предлежании рекомендовано применить прием Пинарда, если к моменту рождения туловища до уровня пупка ножки не родились самостоятельно (приложение Г, рисунок 4) [6, 55].

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

Комментарий: Рекомендовано после рождения ножек проверить наличие пульсации в пуповине, и небольшую петлю вытянуть вниз для предотвращения компрессии натянутой пуповины.

- Рекомендовано контролировать поворот плода в передний вид, избегая заднего вида. Для обеспечения этого рекомендовано удерживать ребенка спинкой кпереди, захватывая тазовый конец и бедра [54, 56] (приложение Г, рисунок 5).

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

- При рождении ребенка до нижнего угла лопаток для облегчения рождения ручек рекомендовано выполнение ротации туловища (приложение Г, рисунок 6), и не рекомендованы тракции за туловище [41].

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

- После рождения ребенка до уровня нижнего угла лопаток при запрокидывании ручек рекомендовано выполнить одно из пособий: прием Ловсета (приложение Г, рисунок 7) [9] или принятое в отечественной практике классическое ручное пособие по выведению ручек плода (приложение Г, рисунок 8) [54].

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

- Если после рождения плечиков линия роста волос не определяется, рекомендовано повернуть туловище плода таким образом, чтобы его передняя поверхность была направлена к полу, с последующим давлением над лоном, приводящем к сгибанию головки и ее опусканию в полость таза [9, 41].

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

Комментарий: Исключение тянущих движений врачом и надлобковое давление снижает перинатальную смертность с 3,2% до 0% [41].

- При отсутствии самостоятельного рождения головки рекомендовано выполнить одно из перечисленных пособий: метод Брахта [6, 9] (приложение Г, рисунок 8); прием Морисо-Смелли-Вайта [9] (Приложение Г, рисунок 9); наложение щипцов Пайпера [9, 12] (Приложение Г, рисунок 10, 11).

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

- Наложение щипцов на последующую головку плода при родах в ТП плода рекомендовано проводить только подготовленному врачу акушеру-гинекологу [5, 6, 9, 14].

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

Комментарии: Вне зависимости от того, происходят спонтанные роды или используются акушерские щипцы, угол между туловищем плода и горизонтальной плоскостью не должен превышать 45 градусов - это позволяет избежать тракции за шейный отдел позвоночника во время рождения головки. Если туловище чрезмерно изогнуто кзади (т.е. по направлению к животу матери), переразгибание

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

- Не рекомендована рутинная 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 дистресс-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. Ведение преждевременных родов в ТП плода

- 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 22–25⁶ недель беременности [6].

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

- В сроке 26-31⁶ недель беременности рекомендовано отдавать предпочтение родоразрешению путем операции КС [34].

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

Комментарии: Показатели перинатальной заболеваемости зависят от срока и причин 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. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применимо.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Беременным пациенткам не рекомендовано применение каких-либо методов профилактики ТП плода [54], [58].

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

Комментарии: Ни один из методов профилактики ТП плода не доказал свою эффективность.

6. Организация оказания медицинской помощи

Пациентки с ТП плода направляются на родоразрешение в акушерские стационары 2-й или 3-й группы.

Для проведения наружного поворота плода пациентки госпитализируются в акушерские стационары 2-й или 3-й группы.

7. Дополнительная информация (в том числе, факторы, влияющие на исход состояния)

Факторами, влияющими на исход родов в ТП плода, являются:

- ✓ дородовая подготовка беременной женщины;
- ✓ информирование пациентки о рисках и преимуществах наружного поворота плода на головку, а также показаниях к тому или иному способу родоразрешения;
- ✓ информирование пациентки о том, что КС приводит к незначительному снижению перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных по сравнению с естественными родами в ТП плода [23, 25, 27, 38, 59–74];
- ✓ информирование пациентки о факторах, влияющих на безопасность естественных родов при ТП плода [40, 60, 69, 75, 76].

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи

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

Список литературы

1. 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>.
2. Sekulić S., Ilinčić M., Radeka G., Novakov-Mikić A., Simić S., Podgorac J., et al. Breech presentation and the cornual-fundal location of the placenta. *Croat Med J*. 2013; 54(2):198–202.
3. Mostello D., Chang J.J., Bai F., Wang J., Guild C., Stamps K., et al. Breech presentation at delivery: a marker for congenital anomaly? *J Perinatol*. 2014; 34(1):11–5.
4. Fruscalzo A., Londero A.P., Salvador S., Bertozzi S., Biasioli A., Della Martina 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.
5. 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.
6. Management of Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20b. *BJOG*. 2017; 124(7):e151–77.
7. Breech Presentation, External Cephalic Version (ECV) and Breech Presentation in Labour Clinical Guideline V2.1. 2019. 13 p.
8. Department for Health and Ageing, Government of South Australia. Breech Presentation. South Australian Perinatal Practice Guideline. – 2018. – 13 p.
9. Kotaska A., Menticoglou S. No. 384-Management of Breech Presentation at Term. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019; 41(8):1193–205.
10. Breech Presentation and Delivery. SOGC Obstetrical Content Review committee, 2012.
11. Hofmeyr GJ. Abnormal fetal presentation and position. In: Chapter 34, *Turnbull's Obstetrics*, 2000.
12. 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>.
13. J. Payne. Breech Presentations / EMIS Group pic UK. – 2016.
14. Guidelines For The Management of Breech Presentation Including External Cephalic Version (ECV). NHS; 2014. 23 p.
15. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20a. *BJOG*. 2017; 124(7):e178–92.
16. Gynaecology. K.E.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. *BJOG.* 2011; 118(5):564–77.
19. Hutton E.K., Hofmeyr G.J., Dowswell 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., Carayol 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. Menticoglou 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. Negele 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. Laubereau B., Filipiak-Pittroff B., von Berg A., Grübl A., Reinhardt D., Wichmann H.E., et al. Caesarean section and gastrointestinal symptoms, atopic dermatitis, and sensitisation during the first year of life. *Arch Dis Child.* 2004; 89(11):993–7.

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 Roosmalen 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., Nagib 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. Berghenhenegouwen 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. Robilio P.A., Boe N.M., Danielsen 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 caesarean section for term breech delivery. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (7):CD000166.
38. Hannah M.E., Hannah W.J., Hewson S.A., Hodnett E.D., Saigal S., Willan A.R. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet (London, England).* 2000; 356(9239):1375–83.
39. Hehir M.P. Trends in vaginal breech delivery. *J Epidemiol Community Health.* 2015; 69(12):1237–9.
40. Vendittelli F., Pons J.C., Lemery D., Mamelle 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. Kotaska A., Menticoglou 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., Deruelle 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

- vaginal delivery in breech presentation. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (7):CD000082.
44. Jennewein L., Kielland-Kaisen U., Paul B., Möllmann C.J., Klemm 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., Schausberger C., Fischer T., Reisenberger 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. Jettestad M.C., Schiøtz 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. Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G.J., Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database Syst Rev.* 2013; 7:CD003766.
 50. Jones L., Othman M., Dowswell T., Alfirevic 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 J., 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., Arana 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. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Тазовое предлежание плода – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. – 176 с.
 55. Баскетт Т.Ф., Калдер Э.А., Арулкумаран С. Оперативное акушерство Манро Керра; под ред. Р. Элсивера, – М., 2015. – С. 199–214.
 56. Kayem G., Baumann R., Goffinet F., El Abiad S., Ville Y., Cabrol D., et al. Early preterm

- breech delivery: is a policy of planned vaginal delivery associated with increased risk of neonatal death? *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198(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. Hofmeyr G.J., Kulier 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-Tharoux 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., Willan A., Hannah W.J., Hutton 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. Vistad I., Cvancarova M., Hustad B.L., Henriksen T. Vaginal breech delivery: results of a prospective registration study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13:153.
 64. Toivonen 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., Ramin 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., Holland 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 Gynaecol.* 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. Vlemmix F., Bergenhenegouwen L., Schaaf J.M., Ensing 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

- caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *BJOG*. 2016; 123(1):49–57.
71. Pasupathy D., Wood A.M., Pell J.P., Fleming M., Smith G.C.S. Time trend in the risk of delivery-related perinatal and neonatal death associated with breech presentation at term. *Int J Epidemiol*. 2009; 38(2):490–8.
 72. Hannah M., Whyte H., Hannah W. Maternal outcomes at 2 years post partum in the term breech trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(6):S136.
 73. Rietberg C.C.T., Elferink-Stinkens P.M., Visser G.H.A. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *BJOG*. 2005; 112(2):205–9.
 74. Lawson G.W. The term breech trial ten years on: primum non nocere? *Birth*. 2012; 39(1):3–9.
 75. Molkenboer J.F.M., Roumen F.J.M.E., Smits L.J.M., Nijhuis J.G. Birth weight and neurodevelopmental outcome of children at 2 years of age after planned vaginal delivery for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 194(3):624–9.
 76. Petersen R.W. Vaginal delivery: An argument against requiring consent. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2018; 58(6):704–6.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. **Малышкина Анна Ивановна** – д.м.н., профессор, директор ФГБУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова" Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России в ЦФО (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
2. **Шмаков Роман Георгиевич** - доктор медицинских наук, профессор РАН, директор института акушерства ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
3. **Адамян Лейла Владимировна** – академик РАН, д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
4. **Артымук Наталья Владимировна** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в СФО (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует.
5. **Баев Олег Радомирович** – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заведующий родильным отделением, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
6. **Баранов Игорь Иванович**- д.м.н., профессор, заведующий отделом научно-образовательных программ 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.
7. **Башмакова Надежда Васильевна** – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в УФО (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

8. **Беженарь Виталий Федорович** - 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. **Белокриницкая Татьяна Евгеньевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России в ДФО (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.
10. **Вагущенко Ульяна Андреевна** – врач акушер-гинеколог организационно-методического отдела МБУ Екатеринбургский клинический перинатальный центр (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
11. **Гагаев Челеби Гасанович**, - 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. **Долгушина Наталия Витальевна** – д.м.н., профессор, заместитель директора – руководитель 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. **Ксенофонтова Ольга Леонидовна** – 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.

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. **Обоскалова 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. Городкова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
21. **Парейшвили Виолетта Васильевна** – д.м.н., доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии, неонатологии, реаниматологии и анестезиологии ФГБУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
22. **Перевозкина 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. **Песикин Олег Николаевич** – к.м.н., заместитель директора по лечебной работе ФГБУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
24. **Радзинский Виктор Евсеевич** - 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. **Рокотянская Елена Аркадьевна** – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, неонатологии, реаниматологии и анестезиологии ФГБУ "Ивановский

- научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
26. **Савельева Галина Михайловна** – академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического 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, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
28. **Смирнова Елена Владимировна** – к.м.н., научный сотрудник отдела акушерства и гинекологии ФГБУ "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова" 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. Городкова" Минздрава России (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
30. **Филиппов Олег Семенович** – д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический 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 ПФО (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи акушеры-гинекологи
2. студенты; ординаторы, аспиранты акушеры-гинекологи
3. преподаватели, научные сотрудники

Таблица 1. Шкала оценки уровней 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, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные 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 уровней 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 и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные 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 рассматриваемые 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 рассматриваемые 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 рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение АЗ. Справочные материалы, включая соответствия показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

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. Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов). Клинические рекомендации (протокол). Письмо МЗ РФ от 18 мая 2017 г. N 15-4/10/2-3299 – 35 с.
6. 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.
7. SOGC Clinical Practice Guideline: Vaginal Delivery of Breech Presentation. No. 226, June 2009 / A. Kotaska [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. Impey, D.J. Murphy, M. Griffiths, L.K. Penna // 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 пупочной артерии и КТГ.
- ✓ Обеспечить 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!
- ✓ Положение женщины на спине, под углом с небольшим наклоном 10-15 градусов (для профилактики синдрома аорто-ковальной 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 болезненных 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 периодическом ультразвуковом контроле ассистентом перемещения головки и тазового конца плода с одновременным контролем частоты сердцебиения плода - при появлении брадикардии процедуру следует немедленно остановить. Если ЧСС плода возвращается к норме, то процедуру продолжают. Если нормальный ритм не восстанавливается, и развивается пролонгированная децелерация, 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 головке плода, ягодицы смещают в сторону спинки плода сначала в первое косое, в поперечное, а затем во второе косое положение;

- ладонью руки охватывают головку плода, продвигая ее к плоскости входа в малый таз, второй рукой ягодицы переводятся на дно матки;
- движения должны быть постоянными и длительными;
- все манипуляции должны быть деликатными, сохраняющими флексорную позицию плода.

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

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

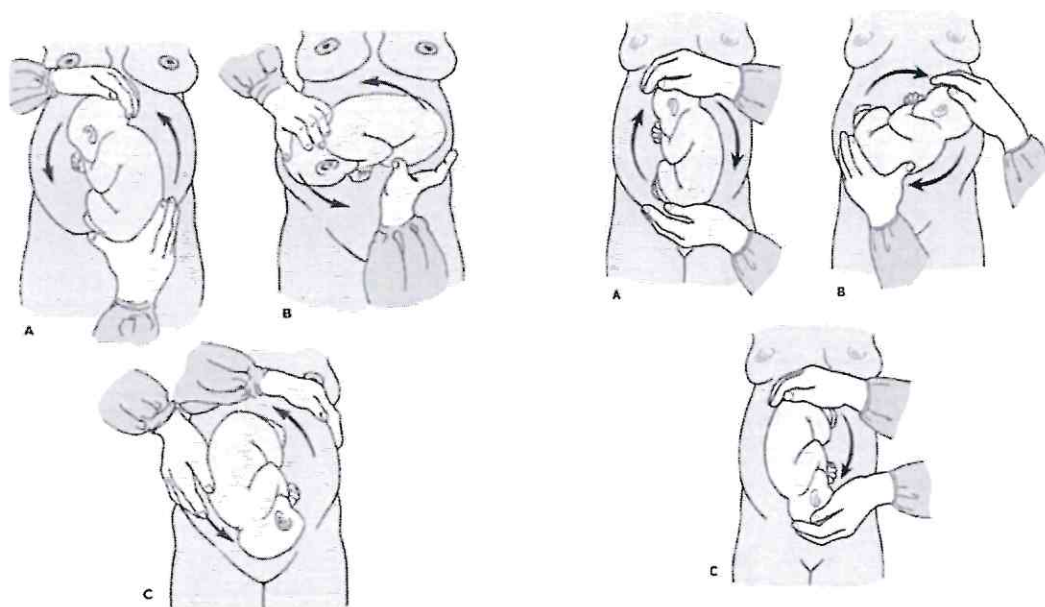


Рисунок 1. Техника наружного акушерского поворота

После завершения процедуры:

- ✓ Выполнить ультразвуковой контроль положения предлежащей 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 начавшихся родов, излития околоплодных вод, кровянистых 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.

Техника пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании

После прорезывания 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 вульварного кольца, придерживает туловище плода осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы перемещая по спинке. При рождении плода ножки 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.

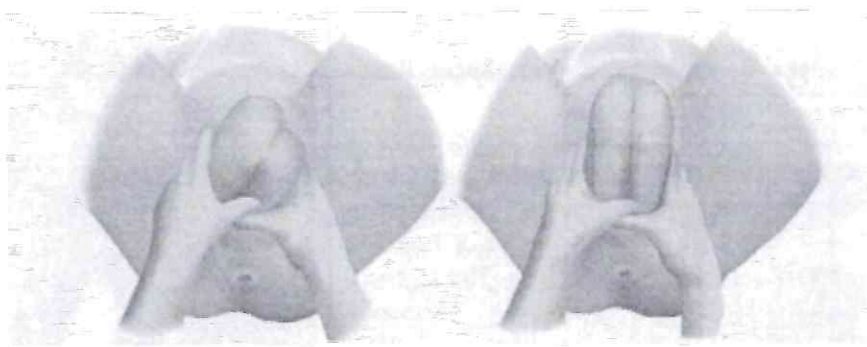


Рисунок 2. Техника пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании

Техника пособия по Цовьянову при ножном и смешанном ягодичном предлежании плода

При прорезывании стоп (стопы) плода, покрыв половую щель роженицы стерильной пеленкой, ладонной поверхностью правой руки, приставленной к половой щели, противодействуют преждевременному рождению ножек. Ягодицы оказывают давление на шейный канал и способствуют полному раскрытию маточного зева, опускаются во влагалище и образуют с находящимися там ножками смешанное ягодичное предлежание.



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

Техника приема Пинарда

С помощью пальцев акушер надавливает на подколенную 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.

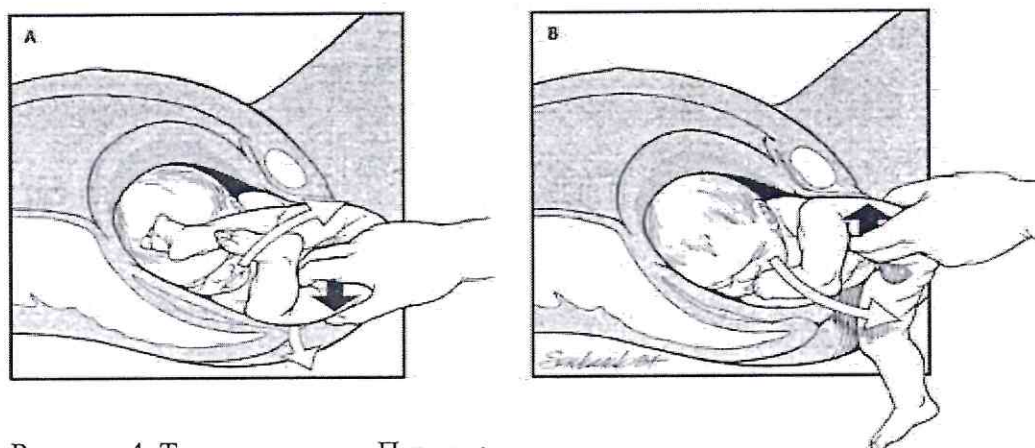


Рисунок 4. Техника приема Пинарда

Правило захвата туловища

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

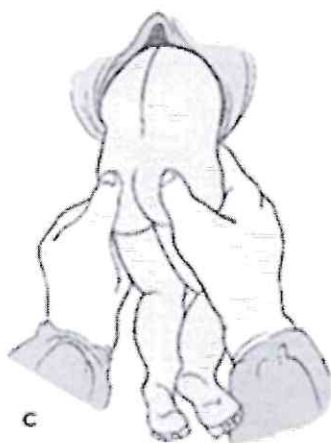


Рисунок 5. Техника захвата туловища

Техника рождения ручек путем ротации туловища

Если ручки плода согнуты и располагаются спереди на грудной клетке, двумя пальцами проводят по плечу плода и далее вниз по плечевой кости, затем локтевой сустав и предплечье плода выводят вдоль лица к грудной клетке плода, что позволяет верхней (передней) ручке свободно родиться, затем плод ротируется на 90° со стороны спинки, визуализируется вторая лопатка и манипуляции повторяют с другой стороны.

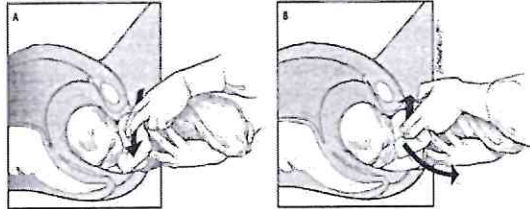


Рисунок 6. Рождение ручек путем ротации туловища

Техника приема Ловсета

Плод удерживают за бедра или костный таз (но не за живот). Для более надежного захвата можно обернуть ноги/таз плода пеленкой. Туловище плода аккуратно подтягивают вниз, затем тело плода приподнимают кверху латерально, что способствует опусканию заднего плечика ниже мыса крестца. Плод поворачивают аккуратными тракциями на 180 градусов, чтобы родилось первое верхнее (переднее) плечико и ручка. Если ручка не родилась, помогите рождению ручки, положив один или два пальца на верхнюю ее часть. Опустите ручку вниз через грудку при согнутом локте с кистью, проведенной через лицо. Для рождения второй ручки поверните ребенка назад на пол-оборота, удерживая спинку кверху, и, потягивая его вниз, высвободите вторую ручку тем же путем.

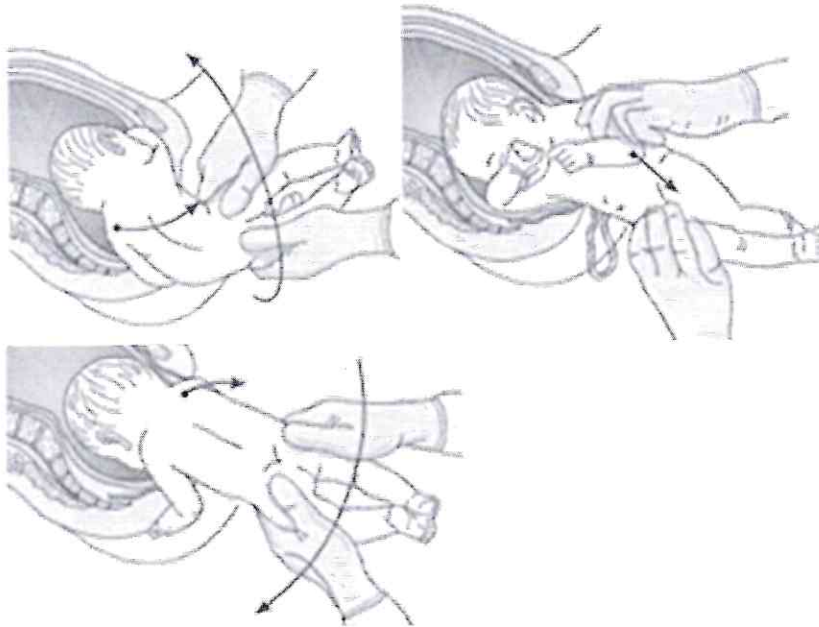


Рисунок 7. Техника приема Ловсета

Техника классического ручного пособия по выведению ручек плода

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. 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. Рукой проводят вдоль спинки плода, плечика и пальпируют плечевую кость, захватывают на уровне локтевого изгиба, так чтобы ручка, сгибаясь, проходила вдоль лица и низводилась («омывательное движение»). Для освобождения второй ручки туловище плода поворачивают на 180°, проводя спинку под лонным сочленением. Передняя ручка плода при этом становится задней и освобождается одноименной рукой акушера, как и первая.

Метод Брахта

Для облегчения рождения последующей головки ассистент надавливает над лоном для сгибания головки, врач при этом поднимает туловище плода к симфизу матери.

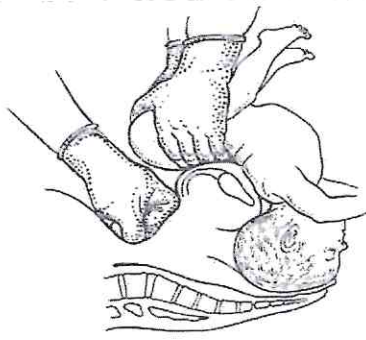


Рисунок 8. Метод Брахта

Техника приема Морисо-Смелли-Вайта

Положите тело ребенка на вашу ладонь и предплечье, ножки 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 спинке плода, средним пальцем аккуратно надавливают на затылочный бугор, что приводит к сгибанию головки. Остальные пальцы этой руки свободно лежат на плечиках новорожденного. Это пособие подразумевает аккуратное надавливание для сгибания головки, слабое тяговое усилие по направлению кзади, затем кпереди. Направление тракций проводится относительно вертикально стоящей женщины.

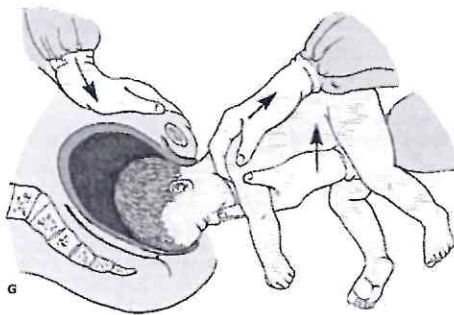


Рисунок 9. Прием Морисо-Смелли-Вайта

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 пеленке на уровне или слегка выше уровня горизонтальной линии (отклонение допускается не более чем на 45°).

Щипцы Пайпера 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 ручек 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 введение ложки. Левая рука постепенно перемещает ручку вниз и к срединной линии, в то время как пальцы правой руки направляют ложку и защищают стенку влагалища и боковую часть головки плода. Не должно быть никаких движений с усилием. Затем процедуру выполняют, с другой стороны. Ложку вводят между 7 и 8 часами условного циферблата. Затем смыкают ложки. Ребенка кладут сверху на рукоятки щипцов. Врач одной рукой держит щипцы, а вторую руку кладет сверху на тело ребенка. Подъем рукояток щипцов и умеренная тракция по направлению кзади до образования точки фиксации под лоном, затем кпереди. Направление тракций проводится относительно вертикально стоящей женщины.

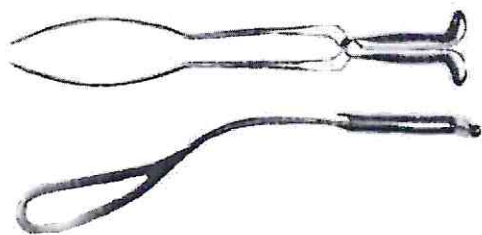


Рисунок 10. Щипцы Пайпера (общий вид).

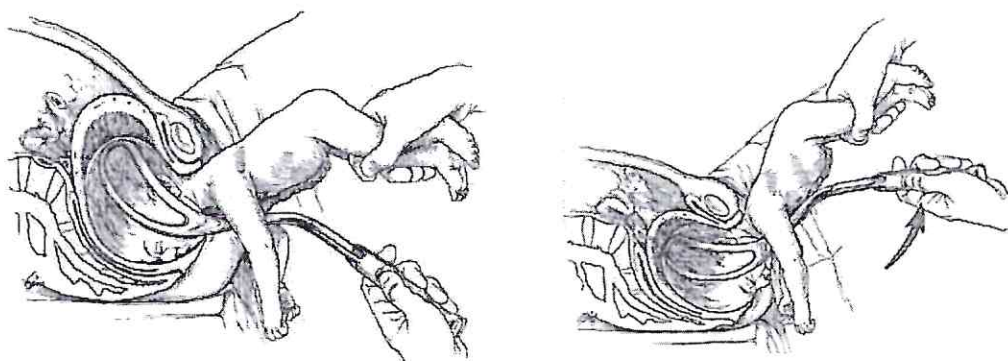


Рисунок 11. Наложение щипцов Пайпера на последующую головку плода

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

В течение беременности плод меняет свое расположение много раз. К концу беременности он становится менее подвижен из-за увеличения размеров при одновременном уменьшении количества околоплодных вод. Большинство плодов к моменту родов располагаются в матке таким образом, что внизу находится головка (головное предлежание). Но 3-4 % плодов оказываются в тазовом предлежании (внизу ягодицы или ножки (одна или обе), а головка - в дне матки).

Чаще всего причина не может быть выявлена. И, к сожалению, нет ни одного метода, который бы реально мог помочь профилактировать тазовое предлежание к моменту родов. Срок, при котором необходимо определить предлежание плода, 36 недель беременности. Это сделает врач при наружном осмотре во время Вашего очередного визита.

Для уточнения диагноза, необходимо выполнить УЗИ. Кроме предлежания плода во время исследования будет уточнено количество околоплодных вод, расположение плаценты. В случае, если врач определит тазовое предлежание, Вам может быть предложен наружный поворот плода на головку. Эта манипуляция проводится в стационаре. Средняя частота успешных попыток – 50% (от 30% до 80%). При этом возможен спонтанный обратный поворот на тазовый конец, но его частота не превышает 5 %.

Противопоказания для проведения наружного поворота: имеются другие показания к операции кесарево сечение, маточное кровотечение во время беременности, аномалии матки, препятствующие повороту, дородовое излитие околоплодных вод, многоплодие, маловодие, рубец на матке, повышенное артериальное давление (преэклампсия), маловодие, аномалии развития плода, неустойчивое положение плода, обвитие пуповины вокруг шеи. Перед проведением манипуляции у Вас возьмут информированное согласие.

При успешной попытке поворота нет необходимости в фиксации плода и дальнейшем стационарном наблюдении. При сохранении тазового предлежания плода к моменту родов Вас проинформируют о возможных способах родоразрешения: кесарево сечение или роды через естественные родовые пути. Результатом консультирования должно быть получение информированного согласия на выбранный метод родоразрешения.

Итак, если Ваш будущий ребенок к моменту родов находится в тазовом предлежании, получите консультацию врача и примите собственное решение с учетом своих знаний и предпочтений.

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

Нет.