



Ведение родов при тазовом предлежании (The management of breech presentation)

Это третье издание этой методической рекомендации, которая изначально была опубликована в 1999 году, а затем пересмотрена в 2001 под тем же заголовком.

1. Цели методической рекомендации

Целью данной методической рекомендации является предоставление современной информации по ведению родов при тазовом предлежании. В данной рекомендации не рассматриваются аспекты до- и послеродового наблюдения. Наружный поворот плода обсуждается в отдельной рекомендации No. 20a.

2. Введение

Частота тазового предлежания снижается примерно с 20% на 28 неделях беременности до 3–4% на момент родов в срок, так как большинство плодов спонтанно занимают головное предлежание. Это представляется активным процессом, в котором нормально развитый плод занимает наилучшее пожение в матке. Персистирующее тазовое предлежание может быть связано с патологией плода, объемом околоплодных вод и расположением плаценты в матке. Частота перинатальной заболеваемости и смертности выше при тазовом предлежании, что объясняется преждевременными родами, врожденными аномалиями, асфиксией и травмами при родах.^{1,2} Кесарево сечение при тазовом предлежании является методом снижения частоты развития данных осложнений.^{2,3} Во многих странах Северной Европы и Северной Америки кесарево сечение рутинно проводится при тазовом предлежании. Однако, в независимости от метода родоразрешения тазовое предлежание связано с повышенным риском аномалий развития в будущем.⁴ Предполагается, что непринятие плодом головного предлежания в некоторых случаях может быть маркером патологии плода.

3. Идентификация и оценка доказательств

Поиск соответствующих РКИ, систематических обзоров и мета-анализов производился в Кокрановском Регистре Контролируемых Исследований, в базе данных TRIP, Medline и PubMed (электронные базы данных) с 1966–2005гг. Поисковыми словами служили: «тазовое предлежание», «наружный поворот плода», «токолиз», «токолитические препараты», были включены только исследования у людей и опубликованные на английском языке.

4. Какую информацию о виде родоразрешения необходимо предоставить беременной женщине при тазовом предлежании плода?

Женщине надо предоставить информацию о риске и преимуществах для настоящей и будущей беременности при родоразрешении путем запланированного кесарева сечения по сравнению с влагалищным родоразрешением.

A

4.1 *Какая информация о ребенке должна быть предоставлена женщинам с тазовым предлежанием плода в отношении метода родоразрешения?*

Женщине также необходимо предоставить информацию о том, что при запланированном кесаревом сечении снижается перинатальная и ранняя неонатальная смертность по сравнению с запланированным влагалищным родоразрешением.

A

Также женщину необходимо проинформировать, что не имеется доказательств, что вид родоразрешения воздействует на здоровье ребенка в будущем.

A

В систематическом обзоре 3-х РКИ (2396 участников) сравнивались исходы использования правила запланированного кесарева сечения по сравнению с запланированными влагалищными родами при тазовом предлежании.⁵ Кесарево сечение было проведено 1060/1169 женщинам (91%), для которых планировалось кесарево сечение. Запланированные влагалищные роды имели место в 550/1227 (45%) случаев, для которых планировались влагалищные роды. Перинатальная и неонатальная смертность (исключая смертность по причине аномалии плода) или заболеваемость новорожденного снижались при правиле применения запланированного кесарева сечения. (RR 0.33, 95% CI 0.19–0.56). Также только перинатальная и неонатальная смертность снижались при применении правила проведения запланированного кесарева сечения. (RR 0.29, 95% CI 0.10–0.86). Основные данные обзора были получены из исследования Term Breech Trial.⁶

Уровень
доказатель-
ности
Ia

Из исследования были исключены следующие случаи: пролонгированные роды, роды, которые были стимулированы окситоцином или простагландинами, неопределенный тип тазового предлежания или ножное предлежание, роды при тазовом предлежании без присутствия опытного клинициста. Риск комбинированного исхода перинатальной и неонатальной смертности, серьезной неонатальной заболеваемости при запланированном кесаревом сечении по сравнению с запланированными влагалищными родами составил 16/1006 (1.6%) и 23/704 (3.3%) (RR 0.49; CI 0.26–0.91); $P = 0.02$). В последующем субанализе, данные указали, что преимущества кесарева сечения более выражены в странах с низкой перинатальной смертностью.⁷

В анализе другой субгруппы, запланированное кесарево сечение было связано со сниженным риском развития осложнения при родах, как в первом (RR 0.14, 95% CI 0.04–0.45, $P < 0.001$), так и во втором периоде (RR 0.37, 95% CI 0.16–0.87, $P = 0.03$).⁸

Уровень
доказатель-
ности
Ib

При проведении вторичного анализа Term Breech Trial частота нежелательного исхода для новорожденного была самой низкой при проведении кесарева сечения до начала родов и возрастала при проведении кесарева сечения на раннем этапе родов (латентная фаза), в активной фазе родов и влагалищном родоразрешении. У женщин с влагалищным родоразрешением, нежелательный исход для новорожденного был связан с родостимуляцией, весом плода менее 2.8 кг, продолжительным вторым периодом родов и отсутствием опытного клинициста при родах.⁹

Уровень
доказатель-
ности
III

Спустя 2 месяца после публикации исследования Term Breech Trial частота проведения кесарева сечения при тазовом предлежании возросла в Нидерландах (50–80%) за чем последовало улучшения исходов для новорожденных.¹⁰

После публикации данного исследования появились вопросы о критериях селекции и проведении родов.¹¹ Была подвержена критике непоследовательность ведения женщин в исследовании.¹² Критика касалась также того, что в исследовании при проведении запланированных влагалищных родов использовалась только позиция женщины на спине и не оценивался эффект вертикальных позиции.

Предполагалось, что Term Breech trial на основании консервативных взглядов санкционировал консервативную позицию на спине для родов и посему не имел возможности оценить роды в положении стоя (которое считается более физиологичным и анатомичным).¹³ Этот взгляд не был подтвержден клиническими доказательствами.

Уровень
доказательности
III

Недавно проведенное обсервационное проспективное исследование заключило, что в отделениях, где запланированное влагалищное родоразрешение является рутинной практикой и где соблюдаются строгие правила ведения родов, влагалищное родоразрешение при одноплодной беременности является безопасным выбором.¹⁴ В более недавнем исследовании 2526 женщин с запланированным влагалищным родоразрешением, 1796 родили влагалищным путем (71%). Частота неонатальной заболеваемости и смертности была намного ниже чем 5% в исследовании Term Breech Trial (1.60%; 95% CI 1.14–2.17), и не значительно отличалась от данных запланированного кесарева сечения.

Дополнительные осмотры 80% детей были проведены спустя 2г в в центрах Term Breech Trial.¹⁵ Первичный исход, смерть или задержка неврологического развития на возрасте до 2-х лет, была одинаковой в обеих группах. (RR 1.09, 95% CI 0.52–2.30). Меньшее количество случаев перинатальной смерти при плановом кесаревом сечении было сбалансировано большим количеством случаев детей с задержкой нервного развития. Это было неожиданностью, поскольку в группе планового кесарева сечения детей с серьезной перинатальной заболеваемостью было меньше. При запланированном кесаревом сечении матери менее беспокоились о здоровье своих детей.¹⁶ Запланированное кесарево сечение обходилось менее дорого, чем запланированное влагалищное родоразрешение (исключая будущие расходы из-за осложнения, связанных с рубцом матки).¹⁷

Уровень
доказательности
I

4.2 *Какая информация должна быть предоставлена женщинам, планирующим роды в тазовом предлежании, о риске их здоровью в настоящий момент и в будущем?*

Женщину необходимо проинформировать, что при тазовом предлежании проведение планового кесарева сечения связано с незначительным увеличением риска развития серьезных осложнений по сравнению с планированным влагалищным родоразрешением.

A

Необходимо предоставить информацию о том, что при проведении планового кесарева сечения при тазовом предлежании не увеличивается риск развития долгосрочных осложнений вне беременности.

A

Необходимо объяснить, что эффект данного вмешательства на исход будущей беременности неизвестен.

C

При обзоре трех РКИ, сравнивающих запланированное кесарево сечение с влагалищным родоразрешением, кесарево сечение было связано с небольшим, статистически значимым увеличением краткосрочной серьезной материнской заболеваемости. (RR 1.29, 95% CI 1.03–1.61). Последующее наблюдение в течении 3-х месяцев включило более 82% женщин из исследования Term Breech Trial.¹⁸ У женщин с запланированным кесаревым сечением реже наблюдались симптомы недержания мочи, (RR 0.62, 95% CI 0.41–0.93); чаще испытывали болезненность в области живота (RR 1.89, 95% CI 1.29–2.79); и реже наблюдалась боль в области промежности (RR 0.32, 95% CI 0.18–0.58). Не было отмечено статистически значимых отличий среди других исходов.

При последующем наблюдении женщин из исследования Term Breech Trial в течении 2-х лет не было найдено существенных различий в исходах. В группе запланированного кесарева сечения частота развития запоров была выше (RR 1.35, 95% CI 1.06–1.70). Было обнаружено, что запланированные роды влияли на оценку женщинами их опыта родов, но не влияли на оценку качества ухода в родах, поддержку со стороны медицинского персонала или вовлечение в принятие решения.¹⁶

Отдаленные осложнения кесарева сечения, такие, как несостоятельность рубца матки при последующей беременности, увеличение риска необходимости проведения повторного кесарева сечения, (44% в исследовании проведенном в Объединенном Королевстве¹⁹) и развитие placenta accreta должны быть приняты во внимание при обсуждении риска и преимуществ запланированного кесарева сечения. Хотя, для точной оценки данных осложнения нет данных, полученных из РКИ.

Был проведен подсчет, что на каждого выжившего ребенка в результате проведения кесарева сечения, приходится по одной женщине, у которой в последующей беременности развивается разрыв матки. (в условиях, где практикуются влагалищные роды после кесарева сечения).²⁰ В исследовании, проведенном в Нидерландах было подсчитано, что спустя 4 года после публикации исследования Term Breech Trial увеличение количества кесаревых сечений до 8500 предположительно предотвратило 19 случаев перинатальной смерти. Хотя при этом имели место 4 материнских смерти, которых возможно было избежать. Подсчитано, что при будущих беременностях, по причине рубца матки следует ожидать 9 перинатальных смертей, а у 140 женщин следует ожидать потенциальных опасных для жизни осложнений из-за рубца на матке.²¹

5. Какие факторы воздействуют на безопасность влагалищного родоразрешения при тазовом предлежании?

Должна быть проведена детальная оценка каждого случая до принятия решения влагалищного родоразрешения.



Женщины с осложненным анамнезом должны быть определены в группу повышенного риска.



Нет необходимости в проведении рутинной радиологической пельвиометрии.



Если тазовое предлежание в первый раз диагностировано во время родов, это не является противопоказанием к влагалищному родоразрешению.



Неблагоприятными факторами для влагалищного родоразрешения при тазовом предлежании являются:

- другие противопоказания к влагалищному родоразрешению
- клинический узкий таз
- ножное или коленное тазовое предлежание
- крупный плод (более 3800 г)
- плод с задержкой развития (менее 2000 г)
- гиперразгибание шейки плода в родах (подтвержденное УЗИ или рентгенологически при неимении УЗИ)
- отсутствие опытного персонала при родах
- кесарево сечение в анамнезе.

Уровень
доказатель-
ности
IV

Некоторые женщины выбирают влагалищные роды при тазовом предлежании,²² некоторые женщины, для которых запланировано кесарево сечение, рожают настолько быстро что кесарево сечение не может быть выполнено. 10% женщин с запланированным кесаревым сечением (данные Term Breech Trial) родили спонтанно.

Родильные отделения и клиницисты должны быть подготовлены к влагалищным родам при тазовом предлежании.

Недавно проведенное исследование (Франция) показало, что частота осложнений у новорожденных, рожденных посредством запланированного влагалищного родоразрешения была ниже при условии наличия родильных отделений, где были внедрены соответствующие методические рекомендации.²³ Анализ Term Breech Trial показал, что частота осложнений возрастает при отсутствии опытного персонала при родах.

Влагалищное родоразрешение бывает более успешным при нормальном соответствии материнского таза и размера плода.^{24,25} В следствии анализа разницы в нервном развитии в общем и целов в возрасте не обнаружилось, однако, при запланированных влагалищных родах частота задержки нервного развития возрастает при весе плода более 3500 г.

Уровень
доказатель-
ности
III

Предлежание должно быть либо полным тазовым, либо смешанным тазовым. При этом наблюдается снижение частоты развития клинически узкого таза. Недавно проведенное обсервационное исследование при неполном тазовом предлежании показало высокую частоту выпадения пуповины (5.6%), но не показало увеличения частоты патологических родов, либо ухудшения перинатального исхода.²⁷ Не должно быть наличия гиперразгибания головки плода.^{28,29} Не должно быть наличия клинически узкого таза. Хотя основной акцент сделан на правильный подбор пациентов, при первичном диагностировании тазового предлежания в родах после оценки ситуации опытным клиницистом роды через естественные родовые пути возможны.³⁰

Orhir *et al.*³¹ проводили родоразрешение у 66% женщин с кесаревым сечением в анамнезе, из которых 79% родили влагалищным путем при тазовом предлежании. Несмотря на это, кесарево сечение в анамнезе в основном признано неблагоприятным фактором при тазовом предлежании.

Раньше при оценке каждого случая применялась рутинная оценка таза.²⁹ Исследования необходимости проведения рентгенологической пельвиметрии не подтвердили необходимость ее проведения и не доказали ее эффекта на перинатальный исход.²⁷ При

проведении субанализа Term Breech Trial использование рентгенологической пельвиметрии не улучшает исходов.

В РКИ, проведение магниторезонансной пельвиметрии снижало количество неотложных кесаревых сечений. Не было выявлено разницы в общем числе кесаревых сечений или в перинатальном исходе. Исследование было недостаточно большим для обнаружения небольших разниц в исходах.³²

Недавно проведенное ретроспективное исследование доказало улучшение перинатального исхода при влагалищном родоразрешении при тазовом предлежании у женщин с подтверждением адекватного таза посредством КТ пельвиметрии.³³

6. Ведение родов

6.1 Где роды в тазовом предлежании должны проводиться?

Влагалищное родоразрешение должно проводиться в отделениях с возможностью проведения неотложного кесарева сечения.



Важным является возможность проведения неотложного кесарева сечения, особенно при неудовлетворительном прогрессе во втором периоде родов. Не существует систематических доказательств по поводу осложнения таких родов вне условия госпиталя.

Уровень
доказатель-
ности
Ib

6.2 Какую роль играет родовозбуждение, родостимуляция и эпидуральная анестезия при родах в тазовом предлежании?

Родовозбуждение при тазовом предлежании может проводиться при благоприятных условиях.



Не рекомендовано проведение стимуляции родов.



Не рекомендовано рутинное проведение эпидуральной анестезии, женщина должна иметь выбор в плане обезболивания родов.



Не существует доказательств о том, что эпидуральная анестезия является необходимой и в отдельных случаях родовозбуждение и родостимуляция могут быть обоснованны. Стимуляция родов остается спорным вопросом, так как неудовлетворительный прогресс в родах может указывать на клинический узкий таз. В исследовании (обе группы) стимуляция родов была связана с неблагоприятным перинатальным исходом.

Уровень
доказатель-
ности
IV

6.3 Какую роль играет электронный мониторинг сердцебиения плода ?

При родах при тазовом предлежании должен проводиться постоянный электронный мониторинг сердцебиения плода



Не рекомендовано проводить анализ крови плода (из ягодиц)



По данным седьмого отчета Конфиденциальных Опросов по Мертворожденным и младенческим смертям (Confidential Enquiry into Stillbirth and Deaths in Infancy),³⁴ фактор, которого можно было чаще всего избежать и который прямо был связан с увеличением числа мертворожденных и смертей среди младенцев,

Уровень
доказатель-
ности
III

рожденных при тазовом предлежании было субоптимальное ведение родов, в особенности по отношению к оценке состояния плода (см. раздел 8 внизу). В следствии Canadian consensus of breech management at term,²⁵ были разработаны руководства. Аккуратный мониторинг состояния плода и прогресса родов является необходимым моментом. Самой частой причиной неотложного кесарева сечения в исследовании Term Breech Trial были «отсутствие прогресса» (50%) и «дистресс плода» (29%)

Уровень
доказатель-
ности
III

Одно небольшое исследование показало аккуратность измерения кислотно-щелочного баланса при заборе крови из ягодич плода.³⁵ Но ввиду небольшого числа пациентов в этом исследовании анализ крови плода из ягодич не рекомендован.

6.4 Как следует вести вторую стадию родов при тазовом предлежании при отсутствии прогресса?

Кесарево сечение должно проводиться при отсутствии прогресса на любом этапе второго периода родов.

C

В таких случаях надо рассматривать возможность наличия клинически узкого таза и проводить кесарево сечения.

Уровень
доказатель-
ности
IV

6.5 Какие позиции для родов должны быть использованы при родах в тазовом предлежании?

Так как больше всего опыта родов при тазовом предлежании было накоплено в дорсальной либо литотомической позиции, надо предлагать женщине использовать данные позиции.

C

Некоторые авторы предлагают использование вертикальных позиции в родах при тазовом предлежании. Пока не имеется в наличии достоверных данных об эффективности данных маневров, стоит придерживаться дорсальной либо литотомической позиции.

Уровень
доказатель-
ности
IV

6.6 Следует ли проводить эпизиотомию в рутинном порядке?

При необходимости облегчения родов следует рассматривать возможность эпизиотомии.

C

При головном предлежании плода нет необходимости в проведении рутинной эпизиотомии. Не существует доказательств необходимости проведения рутинной эпизиотомии также и при тазовом предлежании.

Уровень
доказатель-
ности
IV

6.7 Следует ли проводить экстракцию плода за тазовый конец в рутинном порядке?

Не рекомендовано проводить экстракцию плода за тазовый конец в рутинном порядке.

C

В Объединенном Королевстве предпочитают спонтанное рождение туловища и конечностей, так как при экстракции плода происходит разгибание ручек и головки. Недостаточно доказательств для поддержания рутинной практики экстракции плода во время одного сокращения матки.³⁶ В некоторых клиниках используется прием Брахта, хотя не существует достаточных доказательств по безопасности и пользе данной техники.

Уровень
доказатель-
ности
III

6.8 *Что надо делать при задержке рождения ручек?*

При задержке рождения ручек надо освобождать их проводя их по направлению личика плода вниз или при помощи маневра Ловсета (поворот плода для облегчения рождения ручек).



Не существует доказательств в какой очередности проводить данные маневры.

Уровень
доказатель-
ности
IV

6.9 *Что необходимо делать при задержке вставления последующей головки?*

При задержке вставления последующей головки необходимо проведение давление выше лобка ассистентом для сгибания головки.



Надо рассмотреть возможность проведения маневра Морисо-Смелли-Веита (продвигание головки выше и поворот в косой размер для облегчения вставления).



Не существует экспериментальных доказательств, какой вид родовспоможения для облегчения вставления головки является наилучшим.

Уровень
доказатель-
ности
IV

6.10 *Как нужно проводить освобождение последующей головки ?*

Возможно освобождение последующей головки при помощи акушерских щипцов, проведения маневра Морисо-Смелли-Веита или метода Бернс-Маршала.



Не существует экспериментальных доказательств, какой маневр является самым полезным. Существуют опасения риска неправильного использования маневра Бернс-Маршала, что может привести к гиперразгибанию шейки плода.

Уровень
доказатель-
ности
IV

6.11 *Что следует делать в случае при неудачных попытках высвобождения последующей головки?*

При неудачном проведении данных маневров надо рассматривать проведение симфизиотомии или кесарева сечения



В литературе описаны случаи успешного родоразрешения посредством как симфизиотомии, так и кесарева сечения при неудачных попытках высвобождения последующей головки.

Уровень
доказатель-
ности
IV

7. Ведение родов при тазовом предлежании в случае преждевременных родов и многоплодной беременности

7.1 *Какой метод родоразрешения использовать в случае преждевременных родов при тазовом предлежании?*

Не следует предлагать проведение рутинного кесарева сечения в случае преждевременных родов при тазовом предлежании.



Вид родоразрешения должен быть обсужден исходя из индивидуального случая с женщиной и ее партнером.



При невозможности высвобождения головки при преждевременных родах надо проводить боковые разрезы шейки матки.



Сведения из Term Breech Trial не могут быть прямо перенесены на преждевременные роды, которые до сих пор являются областью клинических разногласий.^{37,38}

Одно из РКИ по проведению планового кесарева сечения при тазовом предлежании было приостановлено поскольку набор участников бы недостаточен.³⁹

Ретроспективное когортное исследование показало, что проведение первичного кесарева сечения при патологическом предлежании плода очень низкого веса связано со значительным снижением относительного риска смерти по сравнению с влагалищным родоразрешением. Тем не менее, авторы подчеркнули, что причинные взаимоотношения не могут быть установлены.⁴⁰

Уровень
доказатель-
ности
III

Хотя не существует существенных доказательств применения данного правила, большинство акушеров предпочитает в данных случаях проведение кесарева сечения.³⁷ Существует несколько ретроспективных исследований, подтверждающих лучший исход при проведении кесарева сечения в данном случае.⁴¹ Это было утверждено в некоторых отчетах.⁴² Существуют данные о том, что неблагоприятный исход в данном случае является следствием более недоношенности, чем типа родоразрешения.⁴³

Специфической проблемой является рождение туловища через не полностью раскрытую шейку матки. В данной ситуации используются боковые разрезы шейки матки для высвобождения последующей головки. Частота затруднения высвобождения головки одинакова как при влагалищном родоразрешении, так и при кесаревом сечении.⁴⁴

Уровень
доказатель-
ности
IV

Так как не существует доказательств о предпочитаемом методе родоразрешения в данной ситуации, решение должно приниматься после обсуждения с женщиной и ее партнером.³⁸

7.2 Какой метод родоразрешения использовать в случае тазового предлежания первого плода при многоплодной беременности при доношенном сроке?

При тазовом предлежании первого плода при многоплодной беременности, женщину нужно проинформировать о риске, преимуществах и воздействии запланированного кесарева сечения на имеющуюся и последующие беременности.

C

Женщину необходимо проинформировать, что проведение запланированного кесаревого сечения связано с незначительным увеличением риска развития немедленных осложнений по сравнению с запланированным влагалищным родоразрешением.

C

Из-за неимения специфических данных об относительном риске запланированного кесарева сечения по сравнению с запланированными влагалищными родами при тазовом предлежании плода необходимо использовать имеющиеся доказательства по ведению одноплодной беременности при тазовом предлежании.

Уровень
доказатель-
ности
III

Oettinger *et al.*⁴⁵ сравнили исход для близнецов при тазовом предлежании в два периода времени, когда частота кесарева сечения возросла с 21% до почти 95%, и не обнаружили изменений в неонатальной заболеваемости и смертности. Было обнаружено, однако возрастание материнской смертности в связи с проведением кесарева сечения. В обзоре трех когортных исследований (1812 женщин) и одного РКИ (120 женщин), при многоплодной беременности, когда первый плод находится в тазовом предлежании, реже наблюдается низкая оценка Апгар на 5-ой минуте при проведении запланированного кесарева сечения. (OR 0.33, 95% CI 0.17–0.65).⁴⁶

Уровень
доказатель-
ности
IIa

Несмотря на то, что многие клиницисты предпочитают проведение кесарева сечения при тазовом предлежании первого плода из-за риска «сцепления», данное осложнение является крайне редким. По данным Cohen *et al.*⁴⁷ данное осложнение имело место только в одном случае из 817 многоплодных беременностей, когда первый плод был в тазовом, а второй в головном предлежании. Акушер должен рассматривать возможность развития данного осложнения и готов к перемещению головки второго плода вверх или проведению кесарева сечения.

Уровень
доказатель-
ности
III

7.3 Какой метод родоразрешения использовать в случае тазового предлежания второго плода при многоплодной беременности?

При многоплодной беременности и тазовом предлежании второго плода проведение рутинного кесарева сечения не рекомендовано.

C

Второй плод находится в неголовном предлежании в 40% случаев. В observationalном исследовании низкие показатели Апгар наблюдались реже при проведении кесарева сечения.⁴⁸ В другом observationalном исследовании было заключено, что тип предлежания не должен воздействовать на выбор вида родоразрешения.⁴⁹ В нерандомизированном отчете безопасности влагалищного родоразрешения при неголовном предлежании второго плода⁵⁰ не наблюдалось потерь в группе второго близнеца, из которых 74 были рождены посредством кесарева сечения, а 76 посредством влагалищного родоразрешения. В ретроспективном когортном исследовании, неонатальная смертность после влагалищного родоразрешения была одинаковой при головном- и не головном предлежании второго близнеца, особенно на более ранних сроках беременности.⁵¹

Уровень
доказатель-
ности
III

Rabinovici *et al.*⁵² провели РКИ родов при многоплодной беременности при неголовном предлежании второго плода. Результаты не показали разницы в показателях шкалы Апгар на 5-ой минуте и разницы в других данных неонатальной заболеваемости между группами. Исследование включало только 60 близнецов.

Уровень
доказатель-
ности
Ib

Не всегда удается прогнозировать тип предлежания второго близнеца на момент родов. Если направлять головку второго плода в направлении таза в рутинном порядке немедленно после рождения первого плода, вероятность его головного предлежания увеличивается, однако, некоторые акушеры предпочитают проводить внутренний поворот плода и экстракцию за тазовый конец вне зависимости от предлежания.

Уровень
доказатель-
ности
IV

8. Тренинг: навыки и опыт персонала, ведущего роды

8.1 Какую роль играет опытность ведущего роды в тазовом предлежании персонала?

При тазовом предлежании необходимо присутствие опытного и тренированного в данной ситуации персонала.



При желании женщиной влагалищного родоразрешения и неимении соответствующих условия для него, женщины должны направляться в специализированные отделения.



Для накопления опыта возможно использовать симуляторы.



Навыки, опыт персонала, проводящего роды в тазовом предлежании и умение правильно разбираться в состоянии плода очень важны.

В Annual Report of the Confidential Enquiry into Stillbirth and Deaths in Infancy, самой частой проблемой при ведении родов данного типа является субоптимальное ведение родов, что в особенности касается мониторинга состояния плода в родах.⁵⁴ В случаях где, можно было просмотреть записи электронного мониторинга сердцебиения плода, было выявлено, что имелись клинические признаки гипоксии плода во всех, кроме одного случая и отсрочка немедленных действий со стороны персонала наблюдалась в 75%. Отсрочка варьировала от 30 минут до 10ч. Акушеры были информированы только о 50% данного происшествия на момент родов. Неимение адекватного опыта на время проведения родов усугубили риск для плода уже находящегося в состоянии гипоксии в отдельных случаях. Только в одном случае причиной смерти была только травма. Каждая женщина, рожаящая плода в тазовом предлежании через естественные родовые пути, должна наблюдаться персоналом с достаточным опытом.⁵⁵ При этом поддержка хорошего контакта между персоналом очень важна.

В последние годы в Великобритании уменьшенное количество родов при тазовом предлежании ведется большим количеством докторов в процессе обучения. Альтернативным способом обучения должны быть внедрены, такие как видео материалы, модели, обучение на сценариях.⁵⁴⁻⁵⁶ Симуляция ситуаций в целях подготовки персонала показала хорошие результаты.⁵⁷ Записанные на видео материалы по проведению родов при тазовом предлежании и симфизиотомии могут быть найдены на World Health Organization Reproductive Health Library (rhl@who.int; www.rhlibrary.com).

9. Документация

Какая роль принадлежит документации?

Все детали родов должны быть тщательно задокументированы, включая присутствующих при родах и детали консультации.

10. Стандарты аудита

Какие стандарты должны быть использованы для оценки ведения женщин при родах при тазовом предлежании?

1. Дискуссия вида родоразрешения с женщиной и документирование данной беседы.
2. Пропорция запланированных влагалищных родов при тазовом предлежании, которые завершились влагалищными родами.
3. Пропорция запланированных кесаревых сечении, которые закончились проведением кесарева сечения.
4. Частота присутствия опытного персонала при родах при тазовом предлежании.
5. Частота присутствия опытного персонала при влагалищном родоразрешении.
6. Частота родовой травмы при тазовом предлежании.
7. Частота перинатальной смертности при тазовом предлежании.
8. Частота перинатальной смертности или серьезной заболеваемости при тазовом предлежании.
9. Частота неонатальной энцефалопатии при тазовом предлежании.
10. Наличие программы тренинга для улучшения навыков ведения влагалищных родов при тазовом предлежании.

Библиография

1. Pritchard JA, MacDonald PC. Dystocia caused by abnormalities in presentation, position, or development of the fetus. In: *Williams Obstetrics*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1980. p.787–96.
2. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: a critical review of the literature. *Obstet Gynecol* 1993;82:605–18.
3. Ghosh MK. Breech presentation: evolution of management. *J Reprod Med* 2005;50:108–16
4. Danielian PJ, Wang J, Hall MH. Long-term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: populationbased follow up. *BMJ* 1996;312:1451–3.
5. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(2):CD000166.
6. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR, *et al*. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375–83.
7. Lumley J. Any room left for disagreement about assisting breech births at term? *Lancet* 2000;356:1369–70.
8. Su M, Hannah WJ, Willan A, Ross S, Hannah ME; Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section decreases the risk of adverse perinatal outcome due to both labour and delivery complications in the Term Breech Trial. *BJOG* 2004;111:1065–74.
9. Su M, McLeod L, Ross S, Willan A, Hannah WJ, Hutton E, *et al*. Factors associated with adverse perinatal outcome in the Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:740–5.
10. Rietberg CCT, Elferink-Stinkens PM, Visser GHA. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35453 term breech infants. *BJOG* 2005;112:205–9.
11. Term Breech trial [correspondence]. *Lancet* 2001;357:225–8.
12. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:20–5.
13. Gyte G, Frohlich J. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *MIDIRS Midwifery Digest* 2001;11:80–3.
14. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, *et al*. PREMOMA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1002–11.
15. Whyte H, Hannah M, Saigal S, Term Breech Trial Collaborative Group. Outcomes of children at 2 years of age in the Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:S57.
16. Hodnett ED, Hannah ME, Hewson S, Whyte H, Amankwah K, Cheng M, *et al*. Mothers' views of their childbirth experiences 2 years after planned Caesarean versus planned vaginal birth for breech presentation at term, in the international randomized Term Breech Trial. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27:224–31.
17. Palencia R, Gafni A, Hannah ME, Ross S, Willan AR, Hewson S, *et al*. Term Breech Trial Collaborative Group. The costs of planned caesarean versus planned vaginal birth in the Term Breech Trial. *CMAJ* 2006;174:1109–13.
18. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, *et al*. Outcomes at 3 months after planned caesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized term breech trial. *JAMA* 2002;287:1822–31.
19. Coughlan C, Kearney R, Turner MJ. What are the implications for the next delivery in primigravidae who have an elective caesarean section for breech presentation? *BJOG* 2002;109:624–6.
20. Visser GH, Rietberg CC, Oepkes D, Vandenbussche FP. Breech presentation: infant versus mother. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2005;149:2211–4.
21. Verhoeven AT, de Leeuw JP, Bruinse HW. Breech presentation at term: elective caesarean section is the wrong choice as a standard treatment because of too high risks for the mother and her future children. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2005;149:2207–10.
22. Doyle NM, Riggs JW, Ramin SM, Sosa MA, Gilstrap LC 3rd. Outcomes of term vaginal breech delivery. *Am J Perinatol* 2005;22:325–8.
23. Vendittelli F, Pons JC, Lemery D, Mamelle N; The Obstetricians of the AUDIPOG Sentinel Network. The term breech presentation: Neonatal results and obstetric practices in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006 ;125:176–84.
24. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Recommendations of the FIGO Committee on Perinatal health on guidelines for the management of breech delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;58:89–92.
25. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Policy Statement: the Canadian consensus on breech management at term. *J Soc Obstet Gynecol Can* 1994;16:1839–58.
26. Molkenboer JF, Roumen FJ, Smits LJ, Nijhuis JG. 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;194:624–9.
27. Broche DE, Riethmuller D, Vidal C, Sautiere JL, Schaal JP, Maillot R. Obstetric and perinatal outcomes of a disreputable presentation: the nonfrank breech. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005;34:781–8.
28. Rojansky N, Tanos V, Lewin A, Weinstein D. Sonographic evaluation of fetal head extension and maternal pelvis in cases of breech presentation. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1994;73:607–11.
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Pelvimetry: Clinical Indications*. Green-top Guideline No. 14. London: RCOG; 1998.
30. Nwosu EC, Walkinshaw S, Chia P, Manasse PR, Atlay RD. Undiagnosed breech. *BJOG* 1993;100:531–5.
31. Ophir E, Oettinger M, Yagoda A, Markovits Y, Rojansky N, Schapiro H. Breech presentation after cesarean section: always a section? *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:25–8.
32. van Loon AJ, Mantingh A, Serlier EK, Kroon G, Mooyaart EL, Huisjes HJ. Randomised controlled trial of magnetic-resonance pelvimetry in breech presentation at term. *Lancet*. 1997;2027;350:1799–804.
33. Jeyabalan A, Larkin RW, Landers DV. Vaginal breech deliveries selected using computed tomographic pelvimetry may be associated with fewer adverse outcomes. *J Mat Fetal Neonat Med* 17:381–5, 2005
34. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy. *7th Annual Report*. London: Maternal and Child Health Research Consortium; 2000 [www.cemach.org.uk/publications/7th_Report.pdf].
35. Brady K, Duff P, Read JA, Harlass FE. Reliability of fetal buttock sampling in assessing the acid–base balance of the breech fetus. *Obstet Gynecol* 1989;74:886–8.
36. Hofmeyr GJ, Kulier R. Expedited versus conservative approaches for vaginal delivery in breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD000082.
37. Penn ZJ, Steer PJ. How obstetricians manage the problem of preterm delivery with special reference to the preterm breech. *BJOG* 1991;98:531–4.
38. Penn ZJ, Steer PJ. Preterm breech. *Contemp Rev Obstet Gynaecol* 1992;4:172–6.
39. Penn ZJ, Steer PJ, Grant A.A multicentre randomised controlled trial comparing elective and selective caesarean section for the delivery of the preterm breech infant. *BJOG* 1996;103:684–9.
40. Muhuri PK, Macdorman MF, Menacker F. Method of delivery and neonatal mortality among very low birth weight infants in the United States. *Matern Child Health J* 2006;10:47–53.
41. Bowes WA Jr, Taylor ES, O'Brien M, Bowes C. Breech delivery: evaluation of the method of delivery on perinatal results and maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1979;135:965–73.

42. Gravenhorst JB, Schreuder AM, Veen S, Verloove-Vanhorick SP, Verweij Ra, Ens-Dokkum MH, *et al.* Breech delivery in very preterm and very low birthweight infants in the Netherlands. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:411–5.
43. Cibils LA, Karrison T, Brown L. Factors influencing neonatal outcomes in the very low birthweight fetus (< 1500 g) with a breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:35–42.
44. Robertson PA, Foran CM, Croughan–Minihane MS, Kilpatrick SJ. Head entrapment and neonatal outcome by mode of delivery in breech deliveries from 28 to 36 weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1742–7.
45. Oettinger M, Ophir E, Markovitz J, Stolero E, Odeh M. Is caesarean section necessary for delivery of a breech first twin? *Gynecol Obstet Invest* 1993;35:38–43.
46. Hogle KL, Hutton E, McBrien KA, Barrett JF, Hannah ME. Cesarean delivery for twins: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:220–7.
47. Cohen M, Kohl SG, Roisenthal AH. Fetal interlocking complicating twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1965;91:407.
48. Ginsberg NA, Levine EM. Delivery of the second twin. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;91:217–20.
49. Sibony O, Toutou S, Luton D, Oury JF, Blot P. Modes of delivery of first and second twins as a function of their presentation study of 614 consecutive patients from 1992 to 2000. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;126:180–5.
50. Laros RK Jr, Dattel BJ. Management of twin pregnancy: the vaginal route is still safe. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:1330–8.
51. Caukwell S, Murphy DJ. The effect of mode of delivery and gestational age on neonatal outcome of the non-cephalic-presenting second twin. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1356–61.
52. Rabinovici J, Barkai G, Reichman B, Serr DM, Mashiach S. Randomised management of the second nonvertex twin: vaginal delivery or caesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:52–6.
53. Abasiattai AM, Etuk SJ, Asuquo EEJ, Iklaki CO. Perinatal outcome following singleton vaginal breech delivery in the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar: a 10-year review. *Mary Slessor Journal of Medicine* 2004;4:81–5.
54. Gibson J. Advanced Life Support in Obstetrics: the story so far. *MIDIRS Midwifery Digest* 2000;10:517–19.
55. Burr RW, Johanson RB, Lucking P. External Cephalic Version at Term [video recording]. 2000.
56. Johanson RB, Cox C, O'Donnell E, Grady K, Howell CJ, Jones PW. Managing obstetric emergencies and trauma (MOET). Structured skills training using models and reality-based scenarios. *The Obstetrician & Gynaecologist* 1999;1:46–52.
57. Deering S, Brown J, Hodor J, Satin AJ. Simulation training and resident performance of singleton vaginal breech delivery. *Obstet Gynecol* 2006;107:86–9.

Приложение

Доказательства, используемые в данном пособии, распределены на категории согласно предлагаемой ниже стандартной схеме.

Классификация уровней доказательности	Градации рекомендаций
Ia Доказательства, полученные от мета-анализа рандомизированных контролируемых исследований.	A Требуется как минимум одно РКИ хорошего общего качества и содержания соответствующего теме данной рекомендации. (Уровни доказательности Ia, Ib)
Ib Доказательства, полученные от как минимум одного рандомизированного контролируемого исследования.	B Требуется доступности хорошего контролируемого клинического исследования но не РКИ по теме рекомендации (Уровни доказательности IIa, IIb, III)
IIa Доказательства, полученные от как минимум одного контролируемого исследования хорошего дизайна без рандомизации.	C Требуется доказательств из отчетов экспертных комитетов или мнения и/или клинический опыт уважаемых авторитетов. Указывает на наименее прямо применяемых клинических исследованиях хорошего качества. (Уровень доказательности IV)
IIb Доказательства, полученные от как минимум одного квази-экспериментального исследования хорошего дизайна.	Наилучшая практика
III Доказательства, полученные от не экспериментальных исследований, таких, как сравнительные исследования, корреляционные исследования и описания случаев.	✓ Рекомендованная наилучшая практика, основанная на клиническом опыте группы, разработавшей рекомендацию.
IV Доказательства, полученные от комитета экспертов или заключение исходящее от клинического опыта уважаемых авторитетов.	

Сокращения и общие комментарии

1. **Клиническая рекомендация** – Клинические методические рекомендации являются "систематически разработанными заявлениями, помогающими клиницистам и пациентам в принятии решения о проведении лечения специфических состояний". Каждое издание методических рекомендаций разработано с использованием стандартной методологии. Детали этого процесса изложены в "Руководстве по разработке рекомендаций" ККАГ. Целью этих рекомендаций не является навязывание определенной тактики диагностики или лечения. Их нужно использовать с учетом конкретных нужд пациента, ресурсов и ограничений, специфичных для каждого медицинского учреждения и обслуживаемого населения. Хотелось бы надеяться, что местные руководители помогут внедрить эти рекомендации в повседневную практику. Рекомендации привлекают внимание к спорным областям клинической практики, требующим дальнейших исследований.
2. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** Королевский Колледж Акушеров и Гинекологов, Комиссия, отвечающие за специализированное образование в медицине Великобритании.
3. **Градация медицинских постов в Объединенном Королевстве:**
GMC General Medical Council (Медицинский Совет) – регулирующий и лицензирующий орган для специалистов медицинских профессий в Великобритании.
Consultant – самый высокий пост в системе здравоохранения Великобритании, несущий полную ответственность за работу подчиненных ему коллег. (В данной клинической рекомендации отмечен, как акушер-гинеколог).
SpR specialist registrar – старший медицинский пост выше SHO с полной регистрацией, проходящий высшую специализацию.
SHO senior house officer – старший медицинский пост с полной регистрацией, проходящий специализированную подготовку.
GP PRHO pre-registration house officer – пост доктора, завершившего свое базовое медицинское образование, и работающего в течение первого года с условной регистрацией до получения полной регистрации.
General practitioner – семейный врач, терапевт. Всё население Великобритании имеет регистрацию у семейного врача.
4. **NHS** National Health Service – государственная система здравоохранения Великобритании.
5. **WHO** World Health Organisation – Мировая Организация Здравоохранения, занимающаяся вопросами здоровья.
6. **Confidential Enquiries into Maternal Deaths** – Данные Конфиденциальных Вопросников по Материнской Смертности.
7. Данные, приведенные зеленым шрифтом, указывают на клиническую практику, принятую в Объединенном Королевстве.