

**Утвержден протоколом
заседания Экспертной комиссии
по вопросам развития
здравоохранения № 18 МЗ РК
от 19 сентября 2013 года**

Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

O32.1 Ягодичное предлежание, требующее предоставление медицинской помощи

4. Сокращения, используемые в протоколе:

УЗИ - ультразвуковое исследование

TBT - срочное исследование ягодичного предлежания плода

5. Дата разработки протокола: апрель 2013 года

6. Категория пациентов: беременные и роженицы с тазовым предлежанием плода

7. Пользователи протокола: врачи акушеры-гинекологи ПМСП и стационаров

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение: *Тазовое предлежание* — вариант расположения плода в матке, при котором его тазовый конец предлежит к входу в малый таз женщины.

9. Клиническая классификация:

1. Чисто ягодичное предлежание. Предлежат ягодичы, ножки плода согнуты в тазобедренных суставах, разогнуты в коленных суставах и вытянуты вдоль туловища.

2. *Смешанное*. Ножки полностью согнуты в коленных суставах и прижаты к животу плода.

3. *Ножное*. Предлежат одна или обе стопы либо (крайне редко) колени плода. Различают полное и неполное ножные предлежания. При полном ножном предлежании предлежат обе ножки, при неполном - одна ножка или колени плода.

Роды через естественные родовые пути при ягодичном предлежании плода могут быть проведены, когда вес плода колеблется от 2500,0 гр. до 3999,0 гр. Нет доказательных данных о влиянии родов в тазовом предлежании при мужском поле плода

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:
Плановая госпитализация при доношенной беременности, когда имеются показания к кесаревому сечению.

Экстренная с началом родовой деятельности.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Основные:

Наружное и внутреннее акушерское исследование

Дополнительные

УЗИ

Минимальный перечень обследования при плановой госпитализации – для беременных, состоящих под наблюдением врача женской консультации, дополнительного обследования для операции кесарева сечения нет.

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы и анамнез: нет

12.2 Физикальное обследование:

– Высокое стояние дна матки, обусловленное расположением тазового конца плода над входом в таз. При пальпации живота беременной определяют, что головка плода (округлое плотное ballotирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (крупная неправильной формы не ballotирующая предлежащая часть) - над входом в малый таз. Сердцебиение плода выслушивают выше пупка или на его уровне.

– Влагалищное исследование. При влагалищном исследовании над входом в малый таз определяется мягковатая предлежащая часть, не ballotирует. При наличии раскрытия шейки матки можно пальпировать борозду между ягодицами, крестец, половые органы плода. При чисто ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб. При смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу. С помощью пальпации крестца уточняют позицию и вид.

12.3 Лабораторные исследования: нет

12.4 Инструментальные исследования -УЗИ

12.5 Показания для консультации специалистов – нет

12.6 Дифференциальный диагноз - нет

13. Цели лечения: предотвращение осложнений для матери и плода

14. Тактика лечения:

14.1 Немедикаментозное лечение

- При поступлении беременной в стационар акушером-гинекологом принимается решение о тактике ведения родов исходя из данных акушерского анамнеза, технической и лекарственной оснащенности медицинской организации, собственного клинического опыта и стандартов оказания медицинской помощи.
- При отсутствии противопоказаний для родов через естественные родовые пути, беременная должна получить информацию о рисках и преимуществах родов и о возможном, но необязательном кесаревом сечении. От неё должно быть получено информированное согласие. (III-A)
- Обсуждение способа родов, на который дает согласие женщина, а также предполагаемая тактика ведения должны быть подкреплены соответствующей медицинской документацией. (III-B)
- Клиники, осуществляющие влагалищное родоразрешение при ягодичном предлежании плода должны соответствовать следующим требованиям: наличие квалифицированных специалистов, клинических протоколов, а также проведение информирования женщины о возможных осложнениях. (III-B)
- Беременным с противопоказанием к родам через естественные родовые пути показано кесарево сечение. В случае отказа от кесарева сечения беременные должны быть проинформированы обо всех возможных осложнениях и последствиях данного отказа. (III- A)

Управление родами. Основные принципы ведения вагинальных родов:

- Роды ведутся по партограмме
- Клиническое обследование таза проводится для исключения патологического сужения таза (III-B).
- Рентгенологическая пельвиометрия не является необходимой для безопасных родов; положительный прогресс родов является наилучшим показателем адекватных пропорций « плод-таз».(III-B)
- Длительный электронный мониторинг сердца плода предпочтителен в первом периоде родов и является обязательным во втором периоде родов.(I-A)
- При разрыве плодных оболочек рекомендуется незамедлительное влагалищное исследование (исключить выпадение пуповины).(III-B)

- При отсутствии адекватного прогресса в родах в течение 2-х часов, рекомендуется кесарево сечение (II-IA), решать в индивидуальном порядке.
- При ягодичном предлежании плода возбуждение родовой деятельности не рекомендуется.(II-3B).
- Уменьшение частоты и силы маточных сокращений (маточная дистония) вследствие эпидуральной анестезии может лечиться при помощи введения окситоцина.
- Пассивный второй период без активных потуг может длиться до 90 минут, давая возможность плоду с ягодичным предлежанием опуститься в таз.
- Роды должны происходить при доступной операционной, во время родов необходимо присутствие неонатолога, владеющего навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме (III-A)
- Если с началом активных потуг роды не происходят в течение 60 минут, рекомендуется кесарево сечение (I-A).

Методы (приемы и пособия) используемые при родах с ягодичным предлежанием

При родах в ягодичном предлежании очень важно активное участие матери, поэтому следует избегать воздействия седативными препаратами и эпидуральной анестезией, чтобы максимально использовать потуги.

- Врач и акушерка, ведущие роды при ягодичном предлежании плода, должны иметь необходимые навыки и опыт. (II-1A)
- Опытный акушер-гинеколог, уверенно принимающий роды через естественные родовые пути при ягодичном предлежании плода, должен присутствовать при родах, чтобы наблюдать за действиями других специалистов. (I-A)
- На всех родах должен присутствовать врач-неонатолог, владеющий навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме;
- Рекомендуемое положение – литотомическое.
- В случае возникновения необходимости проведения кесарева сечения требуется наличие квалифицированных врачей, готовой операционной, операция должна быть выполнена в пределах 30-минут от момента принятия решения об оперативных родах. (III-A)
- Акушер-гинеколог должен четко представлять план предполагаемых действий (алгоритм) и быть готовым к тому, чтобы предпринять срочные меры при развитии осложнений (например: запрокидывание головки плода). (III-B)
- Для безопасности родов большое значение имеет подготовленность роженицы к процессу рождению ребенка. (II-1A)
- При рождении головки, акушерка, либо ассистент врача должны быть готовы к применению надлобкового давления, которое поможет сгибанию и вставлению головки плода. (II-3B)

- При ягодичном предлежании плода приемлемы как самостоятельные роды, так и роды с оказанием акушерских пособий. Следует избегать принудительного извлечения плода, причём воздействие на плод допустимо только при самостоятельных родах, когда плод родился до уровня пупка. (III-A)
- При запрокидывании ручек следует оказывать классическое ручное пособие. (III-B).
- Появление головки плода может происходить самостоятельно, либо с помощью надлобкового давления или с использованием метода Морисо-Смелли (Mauriceau- Smellie-Veit). (III-B). *Приём Морисо-Левре* (Морисо-Смелли) применяется для освобождения головки, если её рождение задерживается.

14.2. Медикаментозное лечение: нет

14.3. Другие виды лечения: нет

14.4. Хирургическое вмешательство: плановое и экстренное кесарево сечение

Показания к плановому кесареву сечению:

- Предлежание пуповины. (II-3A)
- Задержка развития плода или макросомия (при массе 4000,0 г и более). (I-A)
- Ножное предлежание плода
- Полное ягодичное предлежание плода с разогнутым или нейтральным положением головки. (III-B)
- Клинически узкий или деформированный таз матери. (III-B)
- Аномалии плода, несовместимые с родами через естественные родовые пути (III-B)

Показания к экстренному кесареву сечению:

- отсутствие адекватного прогресса в родах в течение 2-х часов, решать в индивидуальном порядке (II-IA)
- отсутствие родов в течение 60 минут от начала активных потуг (I-A)

14.5. Профилактические мероприятия:

- не существуют доказательной базы по наружному акушерскому повороту и по применению упражнения Кегеля.
- теоретическое и практическое обучающее моделирование ведения родов при ягодичном предлежании плода должно быть частью обучающих программ по акушерству и гинекологии. В задачи данного вида обучения входит подготовка специалистов, способных оказать своевременную и квалифицированную медицинскую помощь при ягодичном предлежании плода. (III-B).

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:

- процент новорожденных, родившихся в тазовом предлежании, переведенных в ПИТ;
- частота родовых травм у новорожденных, родившихся в тазовом предлежании;
- мертворождаемость среди детей, родившихся в тазовом предлежании

I. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных: Мурзабекова Гульнар Саркытказиновна, д.м.н. профессор, главный научный сотрудник отдела науки и менеджмента научных исследований АО «ННЦМД».

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: конфликт интересов отсутствует

18. Рецензенты:

Кудайбергенов Т.К. – главный внештатный акушер-гинеколог МЗ РК, директор РГП «Национальный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».

Дошанова А.М.- д.м.н., профессор, врач высшей категории, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии по интернатуре АО «МУА»

19. Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола производится не реже, чем 1 раз в 5 лет, либо при поступлении новых данных, связанных с применением данного протокола.

20. Список использованной литературы:

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Green Top Guidelines: The Management of Breech Presentation, Guideline no. 20. London: RCOG, 2001.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 265, Mode of Term Singleton Breech Delivery. Obstet Gynecol 2001;98:1189–90.
3. Hogle KL, Kilburn L, Hewson S, Gafni A, Wall R, Hannah ME. Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators. J Obstet Gynaecol Can 2003;25:14–6.
4. Van Roosmalen J, Rosendaal F. There is still room for disagreement about vaginal delivery of breech infants at term. BJOG 2002;109:967–9.
5. Kotaska A. Inappropriate use of randomized trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. BMJ 2004;329:1039–42.
6. 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.

7. University of Toronto Maternal, Infant and Reproductive Health Research Unit. Term breech trial study protocol. 1996:8.
8. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah W, 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;191:864–71.
9. Pradhan P, Mohajer M, Deshpande S. Outcome of term breech births: 10-year experience at a district general hospital. *BJOG* 2005;112:218–22.
10. Kayem G, Goffinet F, Clement D, Hessabi M, Cabrol D. Breech presentation at term: morbidity and mortality according to the type of delivery at Port Royal Maternity hospital from 1993 through 1999. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:137–42.
11. Alarab M, Regan C, O’Connell MP, Keane DP, O’Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal delivery at term: still a safe option. *Obstet Gynecol* 2004;103:407–12.
12. Irion O, Almagbaly PH, Morabia A. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations. *Brit J Obstet Gynaecol* 1998;105:710–7.
13. Albrechtsen S, Rasmussen S, Reigstad H, Markestad T, Irgens LM, Dalaker K. Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:586–92.
14. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al.; PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1002–11.
15. Schutte JM, Steegers AP, Satema JG, Schuitemaker NW, Van Roosmalen J. Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol* 2007;86:240–3.
16. Verhoeven ATM, de Leeuw JP, Bruinse HW. Breech presentation at term: elective cesarean section is the wrong choice as a standard treatment because of too high risks for the mother and her future children [article in Dutch]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:2207–11.
17. Burke G. The end of vaginal breech delivery. *BJOG* 2006;113:969–72.
18. Porter R. Breech delivery: the dilemma. *BJOG* 2006;113:973–4.
19. de Leeuw JP, Verhoeven ATM, Schutte JM, Zwart J, van Roosmalen J. The end of vaginal breech delivery (letter). *BJOG* 2007;114:373–4.
20. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. McGraw-Hill; 2005.
21. Rojansky N, Tsafrir A, Ophir E, Ezra Y. Induction of labour in breech presentation. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;74(2):151–6.
22. Krause M, Feige A. Techniques for Vaginal Breech Delivery [article in German]. *Geburtsh Frauenheilk* 2008;68:R25–48.
23. Kotaska A. Combatting coercion: breech birth, parturient choice, and the evolution of evidence-based maternity care. *Birth* 32;2:176–80.

24. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Green Top Guidelines: The management of breech presentation. Guideline no. 20b. London: RCOG, December 2006.
25. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 340, Mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol 2006;108:235–7.

Приложение № 1

БУКЛЕТ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

В течение беременности плод меняет свое расположение много раз. К концу беременности он становится менее подвижен из-за увеличения размеров при одновременном уменьшении количества вод.

Большинство детей к моменту родов располагаются в матке таким образом, что внизу находится головка (головное предлежание). Но 3-4 % детей оказываются в тазовом предлежании (внизу ягодицы или ножки (одна или обе), а головка в дне матки).

Чаще тазовое предлежание встречается в следующих случаях:

- Большое количество беременностей;
- Многоплодие (двойни или тройни);
- Большое количество околоплодных вод (многоводие) или их недостаточное количество (маловодие);
- Наличие в матке препятствий для правильного расположения плода внутри, например миома;
- Особенное расположение плаценты, например предлежание, перекрывающее выход из матки;
- Преждевременные роды редко из-за врожденных дефектов плода, препятствующих правильному расположению.

Чаще всего причина не может быть выявлена. И, к сожалению, нет ни одного метода, который бы реально мог помочь профилактике тазового предлежания к моменту родов. Необходимо помнить, что тазовое предлежание плода не относится к физиологическим состояниям и требует дополнительной

консультации у специалиста (врача акушера-гинеколога) для уточнения плана беременности и родов.

Срок, при котором необходимо определить предлежание плода – 36 недель. Это сделает врач при наружном осмотре во время очередного визита.

Для уточнения диагноза, скорее всего, предложат УЗИ. Кроме предлежания во время исследования будет уточнено количество околоплодных вод, расположение плаценты.

Иногда предлежащую часть определяют уже во время родов, при влагалищном исследовании.

В случае, если доктор определит тазовое предлежание, Вам может быть предложен наружный поворот плода. Эта манипуляция проводится в стационаре. Средняя частота успешных попыток – 50% (от 30 до 80 %).

При этом возможен обратный поворот на тазовый конец, но его частота не превышает 5 %. Сроки проведения наружного поворота: для первородящих – после 36 недель, для повторнородящих – после 37 недель. Но верхнего предела

нет, поворот может быть проведен и в 42 недель, и с началом родовой деятельности (при целом плодном пузыре).

Противопоказания для проведения наружного поворота.

Абсолютные: КС показано по другим показаниям, кровотечение в течение последних 7 дней, аномалии матки, препятствующие повороту, дородовое излитие вод, многоплодие, рубец на матке;

Относительные: повышенное артериальное давление (преэклампсия), маловодие, аномалии развития плода, неустойчивое положение плода.

Осложнения наружного поворота крайне редки – необходимость проведения экстренного КС не превышает 0.5%. Проведение манипуляции в стационаре гарантирует своевременность оказания помощи при необходимости. За все время проведения наружных поворотов не было зафиксировано ни одного случая гибели ребенка во время проведения поворота. Перед проведением манипуляции у Вас возьмут информированное согласие.

Проведение наружного поворота плода при тазовом предлежании.

Мочевой пузырь должен быть пустым, поэтому перед проведением поворота Вас попросят посетить туалет. Непосредственно перед манипуляцией специалист проведет контрольное УЗИ и запишет КТГ. То же самое сделают и после окончания поворота. В некоторых случаях требуется введение специальных препаратов, расслабляющих матку и повышающих вероятность успеха. При необходимости они будут введены в/венно через катетер.

Поворот проводится в положении лежа, на боку. Процедура может сопровождаться дискомфортом, но не должна вызывать резких болезненных ощущений. Выраженная болезненность может быть причиной остановки поворота. Периодически (не менее 2-х раз за 5 минут) специалисты будут контролировать сердцебиение плода. В случае изменений (чаще урежения частоты сердечных сокращений) процедура будет остановлена.

В большинстве случаев после небольшого отдыха сердечная деятельность плода возвращается к норме, и поворот может быть завершен. Если нормальный ритм не восстанавливается, то пациентка переводится в операционную для немедленного родоразрешения путем КС.

Продолжительность процедуры не должна составлять более 5 минут, возможно проведение повторных попыток до 3 раз за одну процедуру. Возможно, с привлечением, другого специалиста.

При успешной попытке поворота нет необходимости в фиксировании плода и дальнейшем стационарном наблюдении за беременной.

Роды в тазовом предлежании

При сохранении тазового предлежания плода к моменту родов Вас проинформируют о возможных способах родоразрешения: кесарево сечение или роды через естественные родовые пути. У каждого из методов есть свои

плюсы и минусы. Вы должны обсудить их со специалистом. Необходимо помнить, что при соблюдении строгих критериев отбора случаев для вагинальных родов, они также безопасны для плода, как и КС, проведенное в плановом порядке. Результатом консультирования должно быть получение информированного согласия на выбранный метод родоразрешения.

Абдоминальные роды (КС)

При выборе родов оперативным путем оговаривается день операции. Назначается обследование в объеме, принятом в стационаре. Вы будете заранее проконсультированы врачом-анестезиологом для выбора метода анестезии. Чаще всего Вам предложат поступить на родоразрешение утром в назначенный день (что предпочтительно) или накануне вечером.

Роды через естественные родовые пути

При естественных родах, проходящих в головном предлежании, наиболее крупная часть ребенка – головка – проходит первой, как бы расширяя родовой канал. После этого родиться туловищу значительно проще. При родах в тазовом предлежании наиболее крупная часть рождается последней. Чаще всего, особенно при средних размерах ребенка, роды проходят без осложнений. Ребенок рождается самостоятельно, практически без помощи акушерки или врача.

Существуют противопоказания для родов через естественные родовые пути. В случае их наличия доктор обязательно обсудит их с Вами. К ним относятся: предлежание пуповины, ножное предлежание, разгибание головки (определяемое во время УЗИ), предполагаемый вес плода < 2500 г или > 3800 г.

Ведение родов в тазовом предлежании, почти ничем не отличается от родов, когда ребенок рождается головкой. Лишь КТГ будет использоваться чаще: в непрерывном или длительном режиме (20-30 мин каждые 60-90 мин.), а во втором периоде потуг – непрерывно.

Обезболивание родов проводится по протоколу, принятому в учреждении.

Итак, если Ваш ребенок к моменту родов находится в тазовом предлежании – обратитесь к своему доктору и получите консультацию, обсудите с ним и акушеркой дальнейший план ведения беременности и родов. Получив полную информацию о возможных методах родоразрешения – примите собственное решение с учетом своих знаний и предпочтений.

Приложение № 2

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Обращение к пациенту: Вы должны знать, что существует риск рождений при любом лечении, проведении медицинских, хирургических процедур операций). Сама беременность несет в себе определенный риск здоровью, также как существует риск и в повседневной жизни (например, при вождении автомобиля). Вопрос о методе родоразрешения при тазовом предлежании плода до настоящего времени остается нерешенным. Как самостоятельные роды в тазовом предлежании, так и выполнение кесарева сечения по поводу тазового предлежания не являются безопасными и несут риск здоровью матери и/или ребенка. При сохранении тазового предлежания плода к сроку родов необходимо определиться с дальнейшим ведением Вашей беременности и выбрать способ для рождения Вашего ребенка.

Нижеследующая Форма разработана для того, чтобы помочь Вам принять информированное решение о возможности изменения положения плода путем проведения попытки наружного акушерского поворота. Пожалуйста, обсудите содержание данной Формы с Вашим врачом, остановитесь на каждом пункте и примите решение о дальнейшем ведении Вашей беременности и родов.

Мой Доктор объяснил мне, (Ф.И.О.)

что в настоящее время вынашиваемый мною ребенок находится в тазовом предлежании, и, для улучшения исхода беременности и родов, мне предложена попытка наружного поворота на головку.

При удачной попытке поворота нет необходимости в фиксировании плода бандажом и дальнейшем стационарном наблюдении за беременной.

Преимущества

Естественные роды в головном предлежании безопасны для матери и ребенка. Удачная попытка наружного поворота позволяет избежать риска и осложнений, связанных с самостоятельными родами в тазовом предлежании и выполнением кесарева сечения.

Риск

При тщательном отборе кандидатов для попытки наружного поворота при доношенной беременности осложнения встречаются редко, однако процедура не лишена риска.

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

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

Процедура заключается в изменении предлежания плода, переводе ребенка из существующего в настоящее время тазового предлежания в головное. Роды в головном предлежании естественны и безопасны. После ультразвукового исследования (для уточнения расположения ребенка и определения количества околоплодных вод) и записи частоты сердцебиения плода (КТГ) принимается окончательное решение о возможности проведения попытки наружного поворота.

Использование расслабляющих матку препаратов увеличивает шансы на успех. Доктор обеими руками бережно приподнимает и поворачивает ребенка головкой вниз. Для облегчения выполнения поворота на кожу живота наносится тальк или масло. После попытки поворота выполняется УЗИ и КТГ.

- Я понимаю, что попытка наружного поворота может сопровождаться определенным риском и ограничениями:
- проведение процедуры может сопровождаться дискомфортом, о возникновении резких болезненных ощущений необходимо сообщить Врачу;
- попытка поворота может оказаться неудачной. Ребенок может не повернуться или может возвратиться в исходное положение вскоре после успешного поворота. Обычно рассматривается возможность повторной попытки поворота;
- в редких случаях возможно возникновение отслойки плаценты и кровотечения. Попытка поворота может сопровождаться урежением частоты сердцебиения плода (брадикардия). В этих случаях выполняется неотложное **кесарево сечение**;
- во время процедуры возможно излитие околоплодных вод;
- в некоторых случаях возможно попадание крови плода в систему кровообращения матери. Обычно это не приводит к возникновению проблем. При отрицательной резус принадлежности крови матери крайне важным является профилактическое введение анти-D Rh иммуноглобулина;
- После попытки поворота необходимо наблюдение за шевелениями и поведением плода. При уменьшении двигательной активности и изменении поведения плода нужно сообщить об этом персоналу;
- Я понимаю, что при попытке наружного поворота при тазовом предлежании существует риск осложнений, связанных с моими индивидуальными особенностями и обстоятельствами.
- Я понимаю, что невозможно гарантировать успех попытки наружного поворота. Даже при удачной попытке поворота существует вероятность спонтанного поворота плода.
- Я понимаю, что существует риск и опасности, связанные с необходимостью выполнения неотложного кесарева сечения

при внутриутробном страдании плода во время попытки поворота.

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

Я согласна на проведение попытки наружного поворота при тазовом предлежании

Подпись пациента _____ Дата _____

Время _____

ИЛИ

Я отказываюсь от попытки наружного поворота при тазовом предлежании

Подпись пациента _____ Дата _____

Время _____

Врач (Ф.И.О.) _____

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

- Я предоставил возможность задать вопросы и ответил на них.

Подпись врача _____ Дата _____

Время _____