

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО АКУШЕРСКОГО ПОВОРОТА ПЛОДА  
ПРИ ЕГО ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ  
(краткое сообщение)

О.А. НИКОЛАЕВА\*, М.В. СЕМЕННИКОВ\*\*, И.И. НИКОЛАЕВ\*\*\*, И.М. ВАРШАВЕР\*\*,  
Ю.В. МОРОЗОВА\*, А.В. КУРАНДИН\*\*\*\*, А.Б. ЧАПРАК\*, О.А. ПРЕСНЯКОВА\*

\* ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России,  
пл. Минина и Пожарского, д.10/1, г. Нижний Новгород, 603050, Россия

\*\* ГБУЗ НО «Родильный дом №5 Московского района г. Н. Новгорода» Минздрава России,  
ул. Березовская, д. 85, г. Нижний Новгород, 603044, Россия

\*\*\* ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет  
им. Н.И. Лобачевского» (ННГУ), пр.Гагарина, д. 23, г. Нижний Новгород, 603950, Россия

\*\*\*\* ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России,  
ул. Бултерова, д.49, республика Татарстан, город Казань, 420012, Россия

**Аннотация. Цель исследования** – оценка эффективности наружного акушерского поворота плода при его тазовом предлежании. **Материалы и методы исследования:** проведен анализ 53 попыток наружного акушерского поворота плода на головку при исходном его тазовом предлежании после исключения всех абсолютных и относительных противопоказаний и получения информированного согласия женщин. Возрастной интервал беременных варьировал от 19 до 33 лет. Акушерско-гинекологический анамнез имел отягощения в виде предыдущих медицинских аборт (от одного до трех) у половины женщин, бесплодия в анамнезе не было ни у кого. Все беременные были настроены на роды через естественные родовые пути, однако категорически отказывались рожать в тазовом предлежании. В работу были включены женщины, имеющие чисто ягодичное предлежание. Гестационный срок выполнения манипуляции составил  $37 \pm 1-3$  недель. **Результаты и их обсуждение.** Удачными оказались 47 случаев (88,7%) наружного акушерского поворота плода. В 3 случаях (5,6%), при первоначальном успехе от проведенной процедуры, плод вновь принял тазовое предлежание через 1-2 суток от момента проведения наружного акушерского поворота. В 2 случаях (3,7%) манипуляция была прекращена по причине болевого синдрома у пациенток. У одной женщины (1,9%) при прочтении информированного согласия отошли околоплодные воды, что явилось противопоказанием для выполнения наружного акушерского поворота плода. **Заключение.** Наружный акушерский поворот плода при наличии его чисто ягодичного предлежания является эффективной мерой снижения роста кесаревых сечений.

**Ключевые слова:** тазовое предлежание, наружный акушерский поворот плода.

ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF EXTERNAL OBSTETRIC ROTATION OF THE FETUS  
WITH ITS PELVIC PRESENTATION  
(short message)

O.A. NIKOLAEVA\*, M.V. SEMENNIKOV\*\*, I.I. NIKOLAEV\*\*\*, I.M. VARSHAVER\*\*, J.V. MOROZOVA\*,  
A.V. KURANDIN\*\*\*\*, A.B. CHAPRAK\*, O.A. PRESNYAKOVA\*

\* Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Privolzhsky Research Medical  
University» of the Ministry of Health of the Russian Federation,  
Minin and Pozharsky Sq., 10/1, Nizhny Novgorod, 603950, Russia,

\*\* State budgetary health institution of the Nizhny Novgorod region "Maternity hospital №5" of the Ministry of  
Health of Russia, st. Berezovskaya, 85, Nizhny Novgorod, 603044, Russia

\*\*\* National Research Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod,  
Gagarin Ave, 23, Nizhny Novgorod, 603950, Russia

\*\*\*\* Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kazan State Medical University» of  
the Ministry of Health of the Russian Federation, st. Butlerova, 49, Kazan, 420012, Russia

**Abstract. Purpose.** Assessment of the effectiveness of the external obstetric rotation of the fetus with its pelvic presentation. **Materials and methods.** The analysis of 53 attempts of external version of the fetus per head was made with the original breech presentation after exclusion of all absolute and relative contraindications and obtaining informed consent from women. The age of the pregnant women ranged from 19 to 33 years. Obstetrical and gynecological history had a burden in the form of previous medical abortions (from one to three) in half of women. No one had infertility in the history. Women with incomplete breech presentation were included in

the work. The gestational period of the manipulation was  $37^{+1-3}$  weeks. **Results:** 47 cases (88.7%) of external obstetric rotation of the fetus were successful. In 3 cases (5.6%), with initial success from the procedure, the fetus again accepted pelvic presentation in 1-2 days from the moment of the external obstetric turn. In 2 cases (3.7%), the manipulation was discontinued due to pain in patients. In one woman (1.9%), when reading the informed consent, amniotic fluid flowed. It was a contraindication for performing an external obstetric turn of the fetus. **Conclusion.** The external obstetric rotation of the fetus in the presence of its purely gluteal previa is an effective measure to reduce the growth of caesarean sections.

**Keywords:** pelvic presentation, external obstetric rotation of the fetus.

**Введение.** Наличие тазового предлежания плода чревато повышением риска перинатальных осложнений у детей, рожденных через естественные родовые пути, поэтому выбор оперативного метода родоразрешения путем кесарева сечения оправдан с практической точки зрения [2, 5]. Однако кесарево сечение влечет за собой ряд послеоперационных осложнений у женщины. Поэтому перед современным врачом акушером-гинекологом стоит дилемма: что целесообразнее? Прооперировать пациентку с тазовым предлежанием в плановом порядке, не подвергая риску ребенка, и пусть следующая беременность у женщины протекает с рубцом на матке со всеми вытекающими отсюда осложнениями. Или все же, детально исключив все потенциальные риски для родов через естественные родовые пути, взять на себя ответственность за возможные осложнения, в том числе, и по причине неадекватной потужной деятельности роженицы. Компромиссной, на наш взгляд, является процедура наружного акушерского поворота плода, который возможно выполнить после 36 недель у перво-, и 37 недель у повторнородящих [1].

Абсолютными противопоказаниями к выполнению наружного поворота плода являются [3, 4, 6]: планируемое родоразрешение путем кесарева сечения по другим показаниям, кровотечения второй половины беременности или последние 7 дней, противопоказания к приему  $\beta$ -адреномиметиков, нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод по данным ультразвуковой доплерометрии, сопровождающееся патологической или пограничной *компьютерной томографией* (КТГ) или наличием маловесного к сроку гестации плода, аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующие повороту, многоплодие (кроме поворота второго плода), рубец на матке, грубые пороки развития плода, мертвый плод, разгибание головки плода, обвитие пуповины вокруг шеи плода, тяжелая преэклампсия или высокая артериальная гипертензия, преждевременный разрыв плодных оболочек.

К относительным противопоказаниям относят [3, 4, 6]: синдром задержки роста плода с патологическими параметрами доплерометрии, маловодие, многоводие, преэклампсию с протеинурией или значительной артериальной гипертензией, неустойчивое положение плода.

Возможные осложнения при проведении наружного акушерского поворота [1]: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, разрыв матки, фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация), эмболия околоплодными водами, преходящая брадикардия плода, дистресс плода.

**Цель исследования** – выяснить практическую эффективность наружного поворота плода при его тазовом предлежании.

**Материалы и методы исследования.** На базе «Родильного дома №5 Московского района г. Н.Новгорода» в период с 1.09.2017г по 1.07.2019г было выполнено 53 попытки наружного поворота плода на головку при исходном тазовом предлежании после исключения всех абсолютных и относительных противопоказаний и получения информированного согласия женщин. Использовалась методика, описанная в клинических рекомендациях (протокол) «Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов)» от 18.05.2017г. Манипуляции и последующий анализ осуществлялись авторами настоящей статьи.

Возрастной интервал беременных варьировал от 19 до 33 лет. 35 пациенток были повторнородящими, 18 – первородящими. Акушерско-гинекологический анамнез имел отягощения в виде предыдущих медицинских аборт (от одного до трех) у половины женщин, бесплодия в анамнезе не было ни у кого. Соматический анамнез значимых отягощений не имел. Размеры таза были нормальными, предполагаемый вес плода не превышал 4000 грамм и не был менее 2500 грамм. Все беременные были настроены на роды через естественные родовые пути, однако категорически отказывались рожать в тазовом предлежании, мотивируя это возможными осложнениями. В работу были включены женщины, имеющие чисто ягодичное предлежание. Гестационный срок выполнения манипуляции составил  $37^{+1-3}$  недель.

Перед проведением манипуляции всем беременным было выполнено КТГ-исследование, ультразвуковой мониторинг с доплерографическим исследованием. Токолиз гексопреналином потребовался в 81,1% случаев, так как у 18,9% женщин (все повторнородящие) маточный тонус был нормальным, оставался неизменным на протяжении всего процесса. Выполнение наружного акушерского поворота плода начиналось при полной релаксации матки. Процедура занимала 5 минут. Особенности ее выполнения явилось четкое планомерное смещение плода в нужном направлении после фиксации его за тазовый и головной концы при некотором его смещении в сторону передней брюшной стенки с перерывом на не-

сколько секунд в середине процедуры. Во время выполнения манипуляции с женщинами в постоянном режиме говорили, объясняли происходящее, интересовались их состоянием, получали обратную связь в виде описания самочувствия. После проведения наружного акушерского поворота вновь был проведен ультразвуковой контроль – подтверждено головное предлежание, выполнено КТГ-мониторирование – зарегистрирован индекс  $STV 7,8 \pm 0,9$ . В дальнейшем беременным выполняли фиксацию положения плода на 18-24 часа посредством бандажа. Женщины находились под наблюдением в акушерском стационаре.

**Результаты и их обсуждение.** Удачными оказались 47 попыток (88,7%) наружного акушерского поворота плода. Эти женщины родили через естественные родовые пути в головном предлежании в сроки гестации  $39 \pm 1$  недель без каких-либо осложнений. В 65,9% случаев родовая деятельность началась спонтанно, в 34% – преждевременно излились околоплодные воды. Родовозбуждения, (усиления окситоцином) не потребовалось никому. Все дети имели высокую оценку по шкале Апгар (9-9/9-10 баллов), вес –  $3500 \pm 320$  грамм. Удовлетворенность пациенток родовым процессом оказалась высокой, поскольку женщины родили через естественные родовые пути без каких-либо осложнений.

В 3 случаях (5,6%), несмотря на первоначальный успех от проведенного наружного акушерского поворота, плод антенатально вновь принял тазовое предлежание через 1-2 суток от момента проведения процедуры. От повторной манипуляции все женщины отказались. Впоследствии эти пациентки были родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке в сроки доношенной беременности, в ходе которой было обнаружено смешанное ягодичное предлежание плода в двух случаях и ножное – в одном. Других особенностей в процессе оперативного родоразрешения выявлено не было. Оценка по шкале Апгар составила 8-9/9-9 баллов, вес –  $3800 \pm 100$  грамм.

В 2 случаях (3,7%) манипуляция была прекращена по причине болевого синдрома у пациенток. При выполнении планового кесарева сечения в сроки доношенной беременности у этих женщин была выявлена абсолютная короткость пуповины в сочетании с ее краевым прикреплением. Других особенностей выявлено не было. Оценка по шкале Апгар составила 8-9 и 9-9 баллов, вес – 3260 и 3420 грамм.

У одной пациентки (1,9%) в процессе прочтения информированного согласия и его обдумывания отошли околоплодные воды, что явилось противопоказанием для выполнения акушерского поворота плода на головку.

подавляющее большинство попыток наружного акушерского поворота плода оказались удачными. Одной из составляющих успеха явился строгий отбор женщин с учетом абсолютных и относительных противопоказаний. Во-вторых, каждая беременная имела мотивацию к родам через естественные родовые пути, но только в головном предлежании, т.к. в эпоху развитого интернета была достаточно хорошо осведомлена об осложнениях при родах через естественные родовые пути в тазовом предлежании плода. Процедура наружного акушерского поворота плода воспринималась как реальный шанс родов *per vias naturalis* с минимизацией перинатальных рисков. В процессе проведения данной манипуляции каждая вторая женщина сообщала о неприятных ощущениях в области проводимых мероприятий. Причем, чем старше была женщина, тем больше была выражена ее тревога. Оформить свою тревогу в словесную форму не смогла ни одна пациентка. И только тщательное информирование о происходящем, внимательное отношение медицинского персонала приводило к полной ее релаксации и успокоению. Неудачи имели объективные основания – смешанное ягодичное/ножное предлежание плода или короткость пуповины, ограничивающие амплитуду внутриутробных перемещений плода. Врач, выполняющий наружный акушерский поворот плода на головку, должен своевременно дифференцировать эмоциональные проявления страха пациентки перед происходящим с болевым синдромом, вызванным объективными препятствиями. Это позволит избежать непредвиденных неблагоприятных перинатальных исходов.

**Выводы.** Наружный акушерский поворот плода на головку при наличии чисто ягодичного предлежания плода, выполненный с соблюдением всех абсолютных и относительных противопоказаний, является эффективной мерой в снижении роста кесаревых сечений. Манипуляцию следует проводить высококвалифицированному врачу акушеру-гинекологу, владеющему техникой наружного акушерского поворота плода на головку и только в стационаре не ниже второго уровня с возможностью выполнения экстренного кесарева сечения. Кроме того, врач акушер-гинеколог, выполняющий наружный акушерский поворот плода на головку должен владеть основами межличностного контакта и быть способным вызывать доверие пациентки.

## Литература

1. Клинические рекомендации (протокол). Тазовое предлежание плода (ведение беременности и родов), 2017. 39 с.
2. 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. P. 49–57. DOI: 10.1097/01.aoa.0000504747.17851.8d

3. Breech Presentation, External Cephalic Version and Breech Presentation in Labour. Clinical Guidelines. Royal Cornwall Hospitals. NHS Trust service Equality and Diversity statement, 2015. 13 p.
4. External Cephalic Version. Clinical Guidelines Obstetrics and Midwifery King Edward Memorial Hospital Clinical Guidelines: Obstetrics and Midwifery Perth Western Australia, 2015.
5. Hofmeyr G.J., Hannah M., Lawrie T.A. Planned caesarean section for term breech delivery // Cochrane Database Syst Rev. 2015. №21. P. CD000166. DOI: 10.1002/14651858.CD000166.pub2.
6. Murphy D.J., Griffiths M., Penna L.K. Management of Breech Presentation // RCOG Green-top Guideline №20b. 2017. № 124. P. 154–177. DOI: 10.1111/1471-0528.14465.

### References

1. Klinicheskie rekomendacii (protokol). Tazovoe predlezhanie ploda (vedenie beremennosti i rodov) [Clinical recommendations (Protocol). Pelvic presentation of the fetus (management of pregnancy and childbirth)], 2017. Russian.
2. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth; a meta-analysis including observational studies. BJOG. 2016;123:49-57. DOI: 10.1097/01.aoa.0000504747.17851.8d
3. Breech Presentation, External Cephalic Version and Breech Presentation in Labour. Clinical Guidelines. Royal Cornwall Hospitals. NHS Trust service Equality and Diversity statement; 2015.
4. External Cephalic Version. Clinical Guidelines Obstetrics and Midwifery King Edward Memorial Hospital Clinical Guidelines: Obstetrics and Midwifery Perth Western Australia; 2015.
5. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2015;21:CD000166. DOI: 10.1002/14651858.CD000166.pub2.
6. Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK. Management of Breech Presentation. RCOG Green-top Guideline №20b. 2017;124:154-77. DOI: 10.1111/1471-0528.14465.

---

#### Библиографическая ссылка:

Николаева О.А., Семенников М.В., Николаев И.И., Варшавер И.М., Морозова Ю.В., Курандин А.В., Чапрак А.Б., Преснякова О.А. Оценка эффективности наружного акушерского поворота плода при его тазовом предлежании (краткое сообщение) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное периодическое издание. 2020. №6. Публикация 1-1. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-6/1-1.pdf> (дата обращения: 02.11.2020). DOI: 10.24411/2075-4094-2020-16709\*

#### Bibliographic reference:

Nikolaeva OA, Semennikov MV, Nikolaev II, Varshaver IM, Morozova JV, Kurandin AV, Chaprak AB, Presnyakova OA. Ocenka jeffektivnosti naruzhnogo akusherskogo povorota ploda pri ego tazovom predlezhanii (kratkoe soobshhenie) [Estimation of the efficiency of external obstetric rotation of the fetus with its pelvic presentation (short message)]. Journal of New Medical Technologies, e-edition. 2020 [cited 2020 Nov 02];6 [about 4 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-6/1-1.pdf>. DOI: 10.24411/2075-4094-2020-16709

\* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-6/e2020-6.pdf>