

Руководство по ведению беременности и родов с ягодичным предлежанием плода (краткая версия)

Основой для создания данной версии служит: «Vaginal Delivery of Breech Presentation» SOGC Clinical practice guideline, No. 226, June 2009.

Список разработчиков руководства: Данное руководство рассмотрено Комитетом по материнской и эмбриональной медицине и одобрено Исполнительным органом и Советом общества акушеров и гинекологов Канады. Группа разработчиков: Эндрю Котаска, доктор медицины, Йеллоунайф НТ, Савас Ментикоглоу, доктор медицины, Winnipeg доктор медицины, Роберт Ганьон, доктор медицины, Монреаль Королевский колледж Комитет по материнской и эмбриональной медицине, Дэн Фэрайн, доктор медицины, Торонто ON, Мелани Бассо, RN, Ванкувер BC, Хэйли Бос, доктор медицины, Лондон ON, Мари Франс Делисл, доктор медицины, Ванкувер BC, Кирстен Грабовска, доктор медицины, Ванкувер BC, Линда Хьюдон, доктор медицины, Монреаль QC, Савас Ментикоглоу, доктор медицины, Виннипег MB, Вильям Мандл, доктор медицины, Виндзор ON, Линн Мерфи-Колбек, доктор медицины, Аллисон NB Анни Уэлле, доктор медицины, Шербрук QC Трэйси Пресси, доктор медицины, Ванкувер, Энн Роггенсэк, доктор медицины, Калгари.

Цель клинического руководства:	определить риски и выгоды родов при ягодичном предлежании через естественные родовые пути против запланированного кесарева сечения; дать рекомендации по критериям выбора родов через естественные пути при ягодичном предлежании, особенностям ведения родов при ягодичном предлежании плода через естественные родовые пути, с целью сокращения перинатальной смертности, ранней неонатальной заболеваемости, отдаленной детской заболеваемости, и краткосрочной и отдаленной материнской заболеваемости и смертности.
---------------------------------------	--

Список Рабочей группы по адаптации Клинического руководства:	<p>Ембергенова М.Х. – начальник управления охраны здоровья матери и ребенка МЗ РК;</p> <p>Искаков С.С. – к.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2, Медицинский университет Астана;</p> <p>Ан З.Н. - Руководитель Национального координационного центра по обеспечению безопасности беременных, врач акушер-гинеколог;</p> <p>Темкин С.М. - заведующий отделением ГККП «Перинатальный центр» г. Астана;</p> <p>Рапильбекова Г.К. -д.м.н., заведующий отделением АО «ННЦМД»;</p> <p>Майшина М.Ш. – врач акушер-гинеколог АО «ННЦМД»;</p> <p>Аканов А.Б. - к.м.н., методолог по стандартизации, РГП на ПХВ «РЦРЗ»;</p> <p>Раскалиева А.Х. - МВА, методолог по стандартизации, РГП на ПХВ «РЦРЗ».</p>
---	--

Рецензенты клинического руководства:	<p>Кудайбергенов Т.К. - д.м.н., главный внештатный акушер-гинеколог МЗ РК;</p> <p>Укыбасова Т.М. – д.м.н., профессор, руководитель отдела акушерства и гинекологии АО «ННЦМД».</p>
---	--

Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 25 от «31» октября 2011 г.).

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по ведению

беременности и родов с ягодичным предлежанием плода, но не реже чем 1 раз в 4 года.	
Пользователи руководства:	врачи акушеры-гинекологи, руководители-менеджеры, средний медицинский персонал.
Категория пациентов:	беременные женщины, роженицы
Ключевые слова:	ягодичное, тазовое предлежание, роды через естественные родовые пути, оперативное родоразрешение
Уровень доказательности	Описание
I	Доказательства получены, по крайней мере, с одного соответствующего рандомизированного контролируемого исследования
II-1	Доказательства из контролируемых испытаний без рандомизации, которые были хорошо спроектированы.
II-2	Доказательства из хорошо продуманных когортных исследований (потенциальных или ретроспективных) или исследований случай-контроль, полученных из одного и более центров или исследовательской группы.
II-3	Доказательства, полученные из сравнения между временем или местом, с вмешательством или без вмешательства. Впечатляющие результаты в неконтролируемых экспериментах (например, результаты лечения пенициллином в 40-х годах) может быть также включены в эту категорию.
III	Мнения авторитетных лиц, основанные на клиническом опыте, описательные исследования или доклады экспертных комитетов.
Степень рекомендаций	Описание
A	Имеются хорошие доказательства, чтобы рекомендовать клиническое превентивное действие
B	Имеются обоснованные доказательства, чтобы рекомендовать клиническое превентивное действие
C	Имеющиеся доказательства противоречивы, и не позволяют сделать рекомендации за или против использования клинического превентивного действия, однако другие факторы могут влиять на принятие решений
D	Имеются обоснованные доказательства, чтобы рекомендовать - не использовать клинические превентивные действия
E	Имеются хорошие доказательства, чтобы рекомендовать - не использовать клинические превентивные действия
L	Имеется недостаточно доказательств (в количестве или качестве), чтобы сделать рекомендации, однако, другие факторы могут влиять на принятие решений
Рекомендации	
Роды при ягодичном предлежании плода. Критерии выбора вида родоразрешения	
1. Для женщины с подозрением на ягодичное предлежание плода ультразвуковое исследование должно быть проведено перед схватками или в начале схваток для определения ягодичного предлежания плода, развития и веса плода, и положения головы плода. Если ультразвуковое исследование невозможно, рекомендуется кесарево сечение	II-1 A

<p>2. Противопоказания к родам включают в себя:</p> <p>а. Предлежание пуповины</p> <p>б. Ограничение развития плода или макросомия</p> <p>с. Полное ягодичное предлежание плода с согнутым или нейтральным положением головы.</p> <p>д. Клинически неполноценный или поврежденный таз матери</p> <p>е. Аномалии плода, несовместимые с родами через естественные родовые пути</p>	<p>II-3 A</p> <p>I A</p>
	<p>III B</p> <p>III B</p> <p>III B</p>
<p>3. Роды через естественные родовые пути при ягодичном предлежании плода могут быть проведены, когда вес плода колеблется от 2500 гр. до 3999 гр).</p>	<p>II-2 B</p>
<p>Управление родами</p>	
<p>4. Клиническое обследование таза должно быть проведено для того, чтобы исключить патологическое сужение таза. Рентгенологическая пельвиометрия не является необходимой для безопасных родов; положительный прогресс родов является наилучшим показателем адекватных пропорций «плод-таз».</p>	<p>III-B</p>
<p>5. Длительный электронный мониторинг сердца плода предпочтителен в первом периоде и обязателен во втором периоде родов.</p> <p>При разрыве плодных оболочек рекомендуется незамедлительное влагалищное исследование (исключить выпадение пуповины)</p>	<p>I-A</p>
	<p>III-B</p>
<p>6. При отсутствии адекватного прогресса в родах, рекомендуется кесарево сечение.</p>	<p>II-1A</p>
<p>7. Возбуждение родовой деятельности не рекомендуется при ягодичном предлежании плода.</p> <p>Использование окситоцина допустимо при наличии маточной дистонии.</p>	<p>II-3B</p>
	<p>II-1A</p>
<p>8. Пассивный второй период без активных потуг может длиться до 90 минут, давая возможность плоду с ягодичным предлежанием опуститься в таз. Как только начнутся активные потуги и роды не произойдут в течение 60 минут, рекомендуется кесарево сечение.</p>	<p>I-A</p>
<p>9. Активная вторая часть родов должна происходить в родовом блоке, при доступной операционной, где имеется персонал и оборудование, для своевременного проведения кесарева сечения.</p>	<p>III-A</p>
<p>10. Во время родов необходимо присутствие неонатолога.</p>	<p>III-A</p>
<p>Методы (приемы и пособия) используемые при родах с ягодичным предлежанием</p>	
<p>11. Специалисты, предоставляющие медицинские услуги во время родов через естественные родовые пути при ягодичном предлежании плода, должны иметь необходимые навыки и опыт.</p>	<p>II-1A</p>
<p>12. Опытный акушер-гинеколог, уверенно принимающий роды через естественные родовые пути при ягодичном предлежании плода, должен присутствовать при родах, чтобы наблюдать за действиями других специалистов, включая практиканта.</p>	<p>I-A</p>

13. В случае возникновения необходимости проведения кесарева сечения требуется наличие квалифицированных врачей, готовой операционной, а также наличие 30-минутного периода для начала лапаротомии.	III-A
14. Акушер-гинеколог должен четко представлять план предполагаемых действий (алгоритм) и быть готовым к тому, чтобы предпринять срочные меры при развитии осложнений (например: застревание головки плода).	III-B
15. Для безопасности родов большое значение имеет подготовленность роженицы к процессу рождению ребенка.	II-1A
16. При рождении головки, акушерка, либо ассистент врача должны быть готовы к применению надлобкового давления, которое поможет сгибанию и становлению головки плода.	II-3B
17. 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
18. При запрокидывании ручек следует оказывать классическое ручное пособие.	III-B
19. Появление головки плода может происходить самостоятельно, либо с помощью надлобкового давления или с использованием метода Морисо-Смелли (Mauriceau- Smellie-Veit).	III-B
Условия и согласие. Потенциальные риски принуждения	
20. 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 также должно быть получено информированное согласие.	III-A
21. Обсуждение способа родов, на который дает согласие женщина, а также предполагаемая тактика ведения должны быть подкреплены соответствующей медицинской документацией.	III-B
22. 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
23. 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
24. 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
Предостережения <i>отсутствуют</i>	
Индикаторы мониторинга/ аудита	Ссылки на

	определенные рекомендации
<p>1. Формула: (кол-во беременных с ягодичным предлежанием плода, которым проводился длительный электронный мониторинг сердца плода во втором периоде родов) / (общее кол-во беременных с диагнозом тазовое предлежание плода во втором периоде родов) X 100%. Показатель должен стремиться к 100 %</p>	Рекомендация 5
<p>2. Формула: (кол-во беременных с ягодичным предлежанием плода с противопоказаниями* к родам через естественные родовые пути, которым проведено кесарево сечение) / (все беременные с ягодичным предлежанием плода с противопоказаниями к родам через естественные родовые пути) X 100%. Показатель должен стремиться к 100 % <i>* противопоказания приведены в рекомендации 2</i></p>	Рекомендация 2
<p>3. Формула: (количество беременных с подозрением на ягодичное предлежание плода, которым провели УЗИ перед родами или с началом схваток с определением предлежания, развития, веса и положения головы плода) / (общее кол-во беременных с диагнозом ягодичное предлежание) X 100%. Показатель должен стремиться к 100%</p>	Рекомендация 1
Методология	
<p>Производился поиск в базах данных Medline, библиотеки Кохран рандомизированных, проспективных и ретроспективных исследований по заболеваемости в определенной группе людей с запланированным кесаревым сечением и с запланированной попыткой естественных родов; отдельные эпидемиологические исследования, сравнивающие результаты кесарева сечения с влагалищным родоразрешением при ягодичном предлежании плода; исследования, сравнивающие отдаленные результаты «ягодичных» детей, рожденных при помощи влагалищного родоразрешения и при помощи кесарева сечения. Статьи были определены при помощи библиографии с отслеживанием до 1 июня 2008 года.</p> <p>В Республике Казахстан данная тема руководства была приоритизирована и утверждена на заседании Экспертного Совета МЗ РК.</p> <p>При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. Данное руководство было адаптировано на базовых тренинг-курсах по разработке и внедрению клинических руководств, организованных ЦСиОМТ РЦРЗ МЗ РК и CSIH (Канада). В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.</p>	
Ссылки	
www.rcrz.kz	
http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui226CPG0906.pdf	