

© С. Н. Гайдуков, О. С. Ключ,
В. А. Резник, В. В. Васильев

Государственная педиатрическая
медицинская академия,
Санкт-Петербург

ДОЛЖЕН ЛИ СТАТЬ ОБЩЕПРИНЯТОЙ ПРАКТИКОЙ НАРУЖНЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПОВОРОТ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА?

■ Представлена клиническая оценка течения родов при тазовом предлежании плода, отмечен высокий процент осложнений и операций кесарева сечения. Описаны современные методы дородового исправления неправильных предлежаний плода — физические упражнения, наружный профилактический поворот плода на головку. Представлены собственные данные применения наружного профилактического поворота плода на головку у 70 женщин с тазовым предлежанием плода, в сроки беременности 36–39 недель. При этом использовалось ультразвуковое динамическое наблюдение и внутривенное введение бета-адреностимуляторов. Отмечен высокий процент удачных операций наружного профилактического поворота плода на головку и снижение родоразрешений путем операции кесарева сечения в исследуемой группе до 1,4 %. Показано, что роды после наружного профилактического поворота плода на головку протекают с низким процентом осложнений, а состояние новорожденных соответствует физиологическому. На основании анализа литературы и собственных данных рекомендовано широкое использование наружного профилактического поворота плода на головку в современном акушерстве.

■ **Ключевые слова:** тазовое предлежание; наружный профилактический поворот плода на головку; эффективность

Роды в тазовом предлежании плода наблюдаются в 3–5 % и относятся к патологическим. Известно, что перинатальная смертность и родовой травматизм у детей, родившихся в тазовом предлежании, отмечается в 3–5 раз чаще, чем при родах в головном предлежании [2, 10]. При дальнейшем развитии у таких детей довольно часто обнаруживается психоневрологическая патология — центральные парезы, эпилепсия, отставание в умственном развитии и др. В настоящее время существует мнение о том, что плановое кесарево сечение является наиболее оптимальным способом родоразрешения для плода в тазовом предлежании, чем запланированное родоразрешение через естественные родовые пути. Более того, рядом авторов не рекомендуется вообще ведение родов в тазовом предлежании через естественные родовые пути [26]. Поэтому частота абдоминального родоразрешения при тазовом предлежании составляет 60–70 % и приближается к 100 %. Вместе с тем необходимо учитывать и негативные стороны кесарева сечения по сравнению с родами через естественные родовые пути; на матке остается рубец, имеется опасность анестезиологических осложнений. В связи с этим особый интерес вызывают корригирующая гимнастика и наружный профилактический поворот плода на головку.

Некоторые авторы считают, что физические упражнения имеют определенное значение как факторы, способствующие установлению плода в матке в нормальном положении. На сегодняшний день находят применение методики И. Ф. Дикань (1961), И. И. Грищенко и А. Е. Шулешовой (1979), Е. Н. Калининой (1975), В. В. Абрамченко (1996) и др. [1, 6, 8, 9]. И. Ф. Дикань (1961) с целью самоповорота плода рекомендовала физические упражнения, которые заключались в изменении положения беременной на боку [8]. По данным автора обычно после нескольких таких занятий (как правило, в первые 7 дней) происходил поворот плода на головку. Наиболее высокая эффективность у повторнородящих женщин. Так, при сроке беременности 33–36 недель положительный результат отмечен в 93,1 % случаев. Вместе с тем И. И. Грищенко и А. Е. Шулешова (1979) применили метод Дикань у 50 женщин в сроки беременности 33–34 недели и добились исправления аномалии положения плода лишь у 2 повторнородящих; у остальных беременных потребовалось проведение наружного профилактического поворота плода на головку [6]. Изучив благоприятные результаты применения физических упражнений, полученные И. Трап (1953), И. И. Грищенко и А. Е. Шулешова освоили и усовершенствовали этот метод, представляющий собой достаточно сложный комплекс упражнений. За счет использования предложенной методики у 1778 (75,4 %) женщин удалось исправить аномалии положения плода; наружный профилак-

тический поворот потребовался у 578 (24,6 %) пациенток.

В случае отсутствия эффекта от корригирующей лечебной физкультуры возможно производство наружного профилактического поворота плода на головку, который должен осуществляться в условиях акушерского стационара. Хотя И. И. Бенедиктов (1973), И. И. Грищенко и А. Е. Шулешова (1979) и др. допускают проведение поворота плода на головку и в условиях женской консультации [6].

Несмотря на то, что многие известные отечественные акушеры были противниками наружного профилактического поворота плода на головку, были и его горячие сторонники. Это известный московский проф. М. Колосов (1929) [11], который рекомендовал во всех случаях тазового предлежания осуществлять наружный поворот плода, а также Б. А. Архангельский (1950). Так, по данным клиники, которой руководил Б. А. Архангельский, из 950 операций наружного поворота на головку (844 при тазовом предлежании и 106 при поперечном и косом положении плода) преждевременное отхождение вод наблюдалось в 2,4 %, преждевременные роды — в 1,5 %, мертворождаемость — в 2,1 %; операция наружного поворота не удалась в 12,7 % случаев. Важный вклад по этому вопросу был внесен 4-м пленумом Совета по родовспоможению и гинекологической помощи МЗ СССР и МЗРФ (1952), на котором был всесторонне обсужден наружный поворот плода на головку при тазовом предлежании и принято соответствующее решение по этому поводу. Следует отметить, что эти положения практически без исключений сохранили свою актуальность и по настоящее время. В постановлении констатировалось, во-первых, что роды при тазовом предлежании при современных методах ведения их сопровождаются большим процентом осложнений и детской смертности, чем роды при головном предлежании, и, во-вторых, для снижения мертворождаемости при тазовом предлежании может быть предложен наружный профилактический поворот на головку (по методу Б. А. Архангельского). В документе подробно приведены условия и противопоказания к операции, которые хорошо известны. Фактически те же положения приводятся Е. А. Чернухой и Т. К. Пучко (1999) [15]. Понятно, что рентгенографию заменило УЗИ, которое должно проводиться во всех случаях; и любая степень сужения таза является противопоказанием для наружного поворота. Поэтому обязательным условием наружного профилактического поворота плода на головку являются нормальные размеры таза [3]. Произошли определенные изменения в сроках осуществления наружного поворота. Если раньше поворот рекомендовали производить

в сроки 34–36 недель, то в настоящее время большинство акушеров предпочитают его производить на более поздних сроках беременности [4, 5, 13, 22, 32]. Понятно, что любые показания к кесареву сечению во время беременности, кроме тазового предлежания, являются противопоказанием к наружному профилактическому повороту плода на головку. Некоторые авторы показания к наружному повороту плода разделяют на абсолютные и относительные. К первым относятся кровотечение в третьем триместре беременности, предлежание плаценты, аномалии плода, при которых имеется риск травмы плода при его повороте, маловодие, многоплодие, многократные беременности. К относительным показаниям — гипертензию, преэклампсию, диабет, тяжелые степени ожирения, рубец на матке, крупный плод и др. [18].

Под наружным поворотом понимают операцию, при которой плод переводится в головное предлежание с помощью только наружных приемов. Для проведения поворота беременная госпитализируется в стационар, где уточняется состояние внутриутробного плода (УЗИ, КТГ, доплерометрия). Все беременные женщины дают письменное согласие на проведение наружного профилактического поворота плода на головку. До процедуры беременная не должна есть, по крайней мере, в течение 8 часов. Операция наружного профилактического поворота плода на головку производится в кабинете УЗИ на жесткой кушетке после опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки. При выполнении наружного поворота плода и в первые 5–10 минут после операции состояние плода постоянно контролируется методом УЗИ [4].

Основным в методике Б. А. Архангельского является стремление сохранить присущее плоду членорасположение, что достигается смещением ягодиц плода в сторону спинки, а головки — в сторону животика. Врач садится на стул, справа от беременной, лицом к ней. Первый момент поворота охват рукой ягодиц и отведение их в сторону позиции плода. Смещение головки плода начинают с того момента, когда ягодицы смещены в сторону от входа в таз. Одна рука отклоняет головной конец плода в сторону и книзу к входу в малый таз, вторая — тазовый конец ко дну матки. Самый ответственный момент наступает тогда, когда плод принимает поперечное положение; дальнейшее продвижение головки к входу в таз совершается без затруднений. Поворот считается законченным, когда над входом в таз устанавливается затылок плода. Работами И. И. Яковлева и его учениками доказано, что нет необходимости столь строго придерживаться методики Б. А. Архангельского в отношении смещения ягодиц плода в сторону позиции. Живой плод сохраняет присущую ему

форму овоида с согнутой головкой и в том случае, если поворот производится без учета позиции плода в сторону наиболее легкой смещаемости его [2]. В случае изменения положения плода после первого наружного поворота на головку при тазовом предлежании допустим лишь однократный повторный поворот [15].

Важным условием для успешного осуществления поворота является релаксация матки. G. P. Marquette et al. (1996) выполнил рандомизированное исследование, в котором были изучены 283 случая с НПП [29]. Оказалось, что в группе беременных, где при повороте применялось внутривенное введение ритодрина, в 52 % случаев поворот был успешным, против 42 %, где токолиз не проводился. В 2004 году G. J. Hofmer на основании анализа 6 исследований с использованием токолиза при наружном повороте плода на головку, пришел к выводу о том, что использование токолитиков увеличивает частоту успешного поворота плода [27]. С целью релаксации матки за 5–10 минут до операции внутривенно может вводиться раствор гинипрала со скоростью 3 мкг/мин. Подобный темп введения обеспечивает достаточную степень релаксации матки [4]. Вместе с тем на сегодняшний день окончательно не ясно, должен ли во всех случаях использоваться токолиз или только выборочно.

Накапливаются данные об эффективном использовании регионарной анестезии при проведении НПП. При этом уровень анальгезии должен соответствовать кесаревому сечению, что позволяет полностью расслабить переднюю брюшную стенку, делая более доступным для манипуляций внутриутробный плод. В случае успешного поворота существуют два подхода. Возможно последующее индуцирование родов и ведение их под продолжающейся регионарной анестезией. В этих случаях при возникновении тех или иных осложнений, требующих родоразрешения кесаревым сечением, оно производится с использованием регионарной анестезии. Другой подход заключается в удалении катетера и выписке беременной домой в ожидании спонтанного развития родовой деятельности. В 1994 году S. J. Carlan et al. был проведен ретроспективный анализ 61 случая беременности в тазовом предлежании при сроке > 36 недель, которым проводился НПП [32]. Частота успешного поворота при использовании эпидуральной анестезии составила 59 % против 24 %, где она не проводилась. Причем в 7 случаях из 8, с неудачной первой попыткой НПП без использования эпидуральной анестезии, повторная попытка НПП с ее применением оказалась успешной. В рандомизированном исследовании S. J. Schorr et al. (1997) также показано, что эпидуральная

анестезия увеличивает эффективность НПП [16]. Так, успешная попытка НПП была в 69 % случаев с эпидуральной анестезией, против 32 % в контроле. Родоразрешение путем операции кесарева сечения составила 34 и 79 % в этих группах соответственно. Авторами этого исследования подчеркивается отсутствие осложнений при проведении эпидуральной анестезии как у матери, так и плода. P. Rozenberg et al. (2000) при изучении 68 случаев неудачной попытки НПП, отметили, что при использовании у них в последующем эпидуральной анальгезии НПП удалось осуществить в 40 % [21]. Вместе с тем в другом рандомизированном исследовании на поздних сроках беременности (102 наблюдений) использование спинальной анестезии не улучшило результатов НПП: 44 % против 42 % в контрольной группе [19]. Поэтому существует мнение о том, что эпидуральная анестезия должна использоваться в тех случаях, когда имела место неудачная попытка НПП без анестезии [18].

В отношении эффективности наружного поворота плода на головку в литературе приводятся различные данные. НПП на головку удается в 35–86 % случаев. J. Zhang et al. (1993) в обзорной статье проанализировали 25 исследований НПП в США, Европе, Африке и Израиле [33]. Так, в США наружный поворот плода был успешным в 65 % случаев. В 2,5 % случаев после успешного НПП плод вернулся в тазовое предлежание. R. L. Wallace с соавт. (1984) провели наружный профилактический поворот на головку плода у 113 беременных женщин на сроках > 37 недель [22]. Успех был достигнут в 77 % случаев; в 4 наблюдениях (5 % случаев) плод вернулся в тазовое предлежание. Причем в 3 из них имели место аномалии развития. Частота кесарева сечения составила в группе рожениц с головным предлежанием 25 % против 88 %, где сохранилось тазовое предлежание. При проведении поворота осуществлялся токолиз. А. Т. Туринцев (2001) приводит 49 случаев наружного профилактического поворота в сроке 34–38 недель беременности [14]. Течение беременности и родов после коррекции предлежания плода не отличалось от женщин, имевших головное предлежание плода. По данным И. В. Гущина и соавт., (2001) из 33 женщин только в одном случае попытка поворота была неудачной; в 1 случае после успешного поворота, через 2 дня плод вновь установился в тазовом предлежании [7]. Вместе с тем, в этих сообщениях не приводится конкретно методика поворота, не дается характеристика динамического наблюдения. О. Х. Мусаев и соавт. (2002) приводят данные об эффективности наружного профилактического поворота у 153 беременных женщин [12]. Нами также накоплен положительный опыт в отношении наружного

профилактического поворота плода на головку. Наружный поворот был произведен у 70 беременных женщин с тазовым предлежанием плода в сроки 36–39 недель беременности, у которых проводимая корригирующая гимнастика в условиях женской консультации оказалась не эффективной. В 5 (7,2 %) случаях наружный поворот на головку произвести не удалось. 62,8 % женщин после проведения операции в течение 1–2 дней после операции находились под наблюдением на родоразрешительном отделении; при сроке беременности < 39 недель они были выписаны из стационара под наблюдение врачей женской консультации. По нашим данным в этой группе беременных только в 1,4 % случаев роды закончились операцией кесарева сечения. При родоразрешении через естественные родовые пути роды у большинства женщин протекали без осложнений, состояние новорожденных в первые дни жизни было удовлетворительным. Неврологический статус всех новорожденных данной группы был расценен как физиологический. Все женщины с детьми после родов были выписаны домой на 4–6-е сутки. Это совпадает с данными И. В. Гушина и соавт. (2001) о состоянии детей родившихся через естественные родовые пути после наружного поворота на головку [7].

Одним из аргументов противников НПП были возможные осложнения, возникающие при повороте. В настоящее время выполнен ряд исследований, показавший низкий процент осложнений, связанных с процедурой поворота. В более ранних исследованиях среди осложнений, связанных с наружным поворотом, приводили брадикардию плода, отмечаемую в 36 % случаев, и в 2 % — кровянистые выделения из половых путей [22]. R. J. Collaris et al. (2004) [17] проанализировали 44 исследования за период 1990–2002 годов, в которых охватывались 7377 случаев наружного поворота. В 5,7 % зафиксированы патологические изменения КТГ, влагалищное кровотечение в 0,47 %, преждевременная отслойка плаценты в 0,12 %. Экстренное кесарево сечение было выполнено в 0,43 % всех случаев. Перинатальная смертность составила 0,16 %. N. Nassar et al. (2006) на основе анализа 11 исследований пришли к выводу, что при НПП не возрастает риск антенатальной гибели плода; во время поворота не было случаев преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, преждевременного излития околоплодных вод, выпадения пуповины [31].

Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения после НПП имеет принципиальное значение. Так, T. Egge et al. (1994), проведя ретроспективное исследование 76 случаев успешного поворота, установили, что уровень кесарева сечения в данной группе был невелик и составил 8 %

[20]. В более позднем исследовании T. K. Lau et al. (1997) сравнили исходы беременности у женщин с успешным наружным поворотом плода на головку (154 наблюдения) с контрольной группой, в которую вошли 308 женщин с головным предлежанием [28]. Частота родоразрешения операцией кесарева сечения оказалась выше в группе женщин с наружным поворотом: 16,9 % против 7,5 % в контроле. Некоторые авторы приводят более низкий процент абдоминального родоразрешения после поворота плода на головку [5].

Определенный интерес представляют публикации об успешном проведении наружного поворота у беременных с рубцом на матке. Так, И. И. Грищенко и А. Е. Шулешова (1968) привели сведения об успешном наружном повороте у 11 женщин с кесаревым сечением в анамнезе от 2 до 6 лет назад [6]. B. L. Flamm et al. (1991) предприняли наружный поворот у 56 беременных с рубцом на матке, который оказался успешным в 82 % случаев [24]. S. B. deMeeus et al. (1998) подтвердили эффективность и безопасность наружного поворота при наличии рубца на матке [30]. Учитывая, что рубец на матке все-таки является одним из противопоказаний к повороту, в этой ситуации он не может быть рекомендован к широкому применению. Более того, до конца 80-х годов прошлого столетия, имелись отдельные сообщения о НПП во время родов. Хорошо известны работы J. E. Fergusson, D. Dyson (1985) [23], S. Fortunato et al. (1988) [25]. Более низкую вероятность успешного осуществления НПП во время родов связывают с повышенным тонусом матки, а также с более низким расположением предлежащей части плода. На сегодняшний день отсутствуют рандомизированные исследования о возможности НПП во время родов [18].

Как справедливо отмечает М. Оден (2006) при тазовом предлежании общепринятой тактикой является попытка поворота плода за 3–4 недели до предполагаемого срока родов [13]. Применение НПП на головку у женщин с тазовым предлежанием плода в подавляющем числе случаев позволяет придать плоду головное предлежание перед родами. При этом риск осложнений незначителен за счет использования токолиза и современных методов мониторинга плода. Роды у большинства женщин этой группы протекают физиологически. На основании вышеизложенных данных следует шире внедрять в акушерскую практику НПП.

Литература

1. Абрамченко В. В. Активное ведение родов: руководство для врачей / Абрамченко В. В. — СПб: Специальная литература, 1996.

2. Айламазян Э. К. Методические рекомендации по рациональной тактике ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода / Айламазян Э. К., Рябцева И. Т. — Л., 1978.
3. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, В. И. Кулаков, А. Н. Стрижаков [и др.]; Под ред. Г. М. Савельевой. — М.: Медицина, 2000.
4. Васильев В. Е. К вопросу об эффективности наружного профилактического поворота плода на головку / Васильев В. Е., Петренко Ю. В., Васильев В. В. // Здоровье женщины-матери: вопросы теории и практики. — СПб.: Издательство ГПМА, 2006. — Ч. 1. — С. 16–18.
5. Гайдуков С. Н. Наружный профилактический поворот плода на головку при тазовом предлежании как метод снижения частоты кесарева сечения / Гайдуков С. Н., Васильев В. В., Касаев В. А. // Современные проблемы социальной педиатрии и организации здравоохранения. — СПб.: Издательство ГПМА, 2006. — С. 394–395.
6. Гриценко И. И. Дородовые исправления неправильных положений и тазовых предлежаний плода / Гриценко И. И., Шулешова А. Е. — К.: Здоровья, 1979.
7. Гущин И. В. Дородовая коррекция тазового предлежания плода путем проведения наружного поворота на головку / Гущин И. В., Майборода О. В., Акобиров С. А., Хван Ж. Г. // Материалы III Российского форума «Мать и дитя». — М.: МИК, 2001. — С. 46–47.
8. Дикань И. Ф. Метод предупреждения и исправления тазового предлежания плода / Дикань И. Ф. // Акуш. и гин. — 1961. — № 5. — С. 71–72.
9. Калинина Е. Н. Исправление тазового предлежания плода во время беременности в условиях женской консультации / Калинина Е. Н. // Акуш. и гин. — 1975. — № 2. — С. 68–69.
10. Кобозева Н. В. Тазовое предлежание в современном акушерстве / Кобозева Н. В. // Тазовое предлежание (клинико-морфологические параллели). — Л., 1982. — С. 5–11.
11. Колосов М. Оперативное акушерство / Колосов М. — М.: Государственное медицинское издательство, 1929.
12. Мусаев З. М. Тазовое предлежание: перинатальная заболеваемость при экстренной и плановой операции кесарева сечения / Мусаев З. М., Липницкая Т. Е., Минкина Т. В. // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 135–136.
13. Оден М. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему?: пер. с англ. / Оден М. — М., 2006.
14. Туринцев А. Т. Тазовое предлежание плода: прошлое, настоящее и будущее / Туринцев А. Т. // Материалы 3-го Российского научного форума «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии». — М.: 2001. — С. 231.
15. Чернуха Е. А. Тазовое предлежание плода / Чернуха Е. А., Пучко Т. К. — М.: Медицина, 1999.
16. A randomized trial of epidural anesthesia to improve external cephalic version success / Schorr S. J., Speights S. E., Ross E. L. [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1997. — Vol. 177. — P. 1133–1137.
17. Collaris R. J. External cephalic version: a safe procedure? A systematic review of version — related risks / Collaris R. J., Oei S. G. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2004. — Vol. 83. — P. 511–518.
18. Dorsten van J. P. External cephalic version / Van Dorsten J. P. // Operative Obstetrics / Gilstrap L. C., Cunningham F. G., Van Dorsten J. P. — 2-nd ed. — N.-Y., 2002. — P. 189–198.
19. Dugoff L. The effect of spinal anesthesia on the success rate of external cephalic version: a randomized trial / Dugoff L., Stamm C. A., Jones O. W. // Obstet. Gynecol. — 1999. — Vol. 93. — P. 345–349.
20. Egge T. Dysfunctional labor after external cephalic version / Egge T., Schauburger C., Schaper A. // Obstet. Gynecol. — 1994. — P. 83. — P. 771–773.
21. External cephalic version with epidural anesthesia after failure of a first trial of beta-mimetics / Rozenberg P., Goffinet F., deSpirlet M. [et al.] // Br. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 107. — P. 406–410.
22. External cephalic version with tocolysis. Observations and continuing experience at the Los Angeles County/University of Southern California Medical Center / Wallace R. L., Van Dorsten J. P., Eglinton G. S. [et al.] // J. Reprod. Med. — 1984. — Vol. 29. — P. 745–748.
23. Ferguson J. E. Intrapartum external cephalic version / Ferguson J. E., Dyson D. C. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1985. — Vol. 152. — P. 297–298.
24. Flamm B. L. External cephalic version after previous cesarean section / Flamm B. L., Fried M. W., Lon Ky N. M., Giles W. S. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1991. — Vol. 165. — P. 370–372.
25. Fortunato S. External cephalic version with tocolysis: factors associated with success / Fortunato S., Mercer L. J., Guzik D. S. // Obstet. Gynecol. — 1988. — Vol. 72. — P. 59–62.
26. Ghosh M. K. Breech presentation: evolution of management / Ghosh M. K. // J. Reprod. Med. — 2005. — Vol. 50. — P. 108–116.
27. Hofner G. J. Interventions to help external cephalic version for breech presentation at term / Hofner G. J. // Cochrane Database Syst. Rev. — 2004; CD000184.
28. Lau T. K. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term / Lau T. K., Lo K. W., Rogers M. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1996. — Vol. 176. — P. 218–223.
29. Marquette G. P. Does the use of a tocolytic agent affect the success rate of external cephalic version / Marquette G. P., Boucher M., Theriault D., Rinfret D. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1996. — Vol. 175. — P. 859–861.
30. Meeus de J. B. External cephalic version after previous cesarean section: a series of 38 cases / de Meeus J. B., Ellia F., Magnin G. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 1998. — Vol. 81. — P. 65–68.
31. Systematic review of adverse outcomes of external cephalic version and persistent breech presentation at term / Nassar N., Roberts C. L., Barratt A. [et al.] // Pediatr. Perinatol. Epidemiol. — 2006. — Vol. 20. — P. 163–171.
32. The effect of epidural anesthesia on safety and success of external cephalic version at term / Carlan S. J., Dent J. M.,

- Huckaby T. [et al.] // *Anest. Analg.* — 1994. — Vol. 79. — P. 525–528.
33. Zhang J. Efficacy of external cephalic version: a review / Zhang J., Bowes W. A., Fortney J. A. // *Obstet. Gynecol.* — 1993. — Vol. 82. — P. 306–312.

Статья представлена Э. К. Айламазяном
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,
Санкт-Петербург

SHOULD PROPHYLACTIC EXTERNAL CEPHALIC VERSION IN BREECH PRESENTATION BECOME A COMMON PRACTICE?

Gaidukov S. N., Klyus O. S., Reznik V. A., Vasiliev V. V.

■ **Summary:** The clinical valuation of the course of delivery in breech presentation is presented; high percentage of complications and Cesarean section operations is registered. Contempo-

rary methods of antenatal correction of malpresentations are described: physical exercises, external prophylactic cephalic version. Own clinical data of using prophylactic external cephalic version in the group of 70 women with breech presentation at 36–39 weeks of pregnancy is presented. At the same time dynamic ultrasound observation and intravenous introduction of beta-adrenomimetics was used. High percentage of successful operations of prophylactic external cephalic version and decrease in deliveries by Cesarean section in analyzed group to 1,4 % was registered. It is shown that delivery after prophylactic external cephalic version proceeds with the low percentage of complications, and condition of the newborn equivalents to physiological. Based on analysis of literature and own clinical data we recommend wide use of prophylactic external cephalic version in contemporary obstetrics

■ **Key words:** breech presentation; prophylactic external cephalic version; efficacy