



Медицинский Центр

Гилель-Яффе



## הסכמה להיפוך חיצוני של עובר במצג עכז

### Форма согласия: наружный акушерский поворот плода на головку External Cephalic Version (ECV)

Своевременные роды плода при тазовом предлежании связаны с повышенным риском как для матери, так и для плода. Вагинальные роды при тазовом предлежании связаны с ростом заболеваемости и внутриутробной смертности. Поэтому, когда плод при родах находится в тазовом предлежании, рекомендуется проведение операции кесарева сечения. Наружный акушерский поворот плода на головку может избавить от необходимости проведения кесарева сечения.

Шансы на успех при акушерском повороте составляют от 50% до 75%. Шансы на успех высоки при повторных родах, у худых женщин, когда матка и мышцы брюшной полости расслаблены, когда предлежание плаценты не является передним, при ножном предлежании и при нормальном количестве околоплодных вод. Шансы на успех снижаются в следующих ситуациях: при активных родах, при тазовом предлежании в предыдущих родах, при пороке развития матки и низком весе плода. Однако эти ситуации не являются противопоказаниями для попытки проведения наружного акушерского поворота.

Ниже перечислены условия, необходимые для проведения наружного акушерского поворота: наличие одного плода в тазовом предлежании при сроке беременности более 36 недель, нормальное количество амниотической жидкости и надлежащий мониторинг за состоянием плода.

Наружный поворот выполняется в родильном отделении и требует проведения операции кесарева сечения, в том числе: УЗИ и регистрации частоты сердечных сокращений плода, установки инфузии, иногда с расслабляющим мышцы матки препаратом, и других подготовительных действий. Сам поворот выполняется посредством давления на живот и перемещения плода в головное предлежание. В течение 1-2 дней после проведения поворота (независимо от того, успешным он был или нет) мать должна оставаться под наблюдением, в процессе которого будет регистрироваться частота сердечных сокращений плода. Решение относительно выписки из больницы или новорожденного будет принято в соответствии с данными, полученными в ходе наблюдения.

Имя и фамилия женщины:

| Фамилия | Имя | Имя отца | Удостоверение личности |
|---------|-----|----------|------------------------|
|---------|-----|----------|------------------------|

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от д-ра:

| Фамилия | Имя |
|---------|-----|
|---------|-----|

**о наружном акушерском повороте плода в моей матке из тазового предлежания в головное (далее: «наружный поворот»).**

Мне были разъяснены причины проведения данной процедуры и её шансы на успех. Мне объяснили, что на основании накопленного опыта было замечено, что данная процедура не причиняет прямого физического ущерба плоду. Мне объяснили, что сразу после проведения поворота могут происходить временные замедления сердечных сокращений плода, которые обычно проходят в течение нескольких минут без необходимости вмешательства. Мне также объяснили, что может возникнуть осложнение с пуповиной или отделением плаценты или отхождение околоплодных вод, что потребует немедленного проведения операции кесарева сечения. Кроме того, в медицинской литературе приводится описание случаев внутриутробной гибели плода после поворота без объяснения связи с проведением этой



Медицинский Центр

## Гилель-Яффе

процедуры. Мне объяснили, что если меня выпишут из больницы, я должна буду внимательно следить за движениями плода и, при необходимости, обратиться в родильное отделение.

Настоящим я даю согласие на проведение наружного акушерского поворота плода на головку.



---

**Дата**

**Время**

**Подпись женщины**

---

**Имя и фамилия опекуна (степень родства)**

---

**Подпись опекуна (в случае с некомпетентными, несовершеннолетними или душевнобольными)**

Я подтверждаю, что объяснил/а женщине/опекуну женщины\* всё вышеизложенное с необходимыми подробностями, и что она в моём присутствии подписала своё согласие после того, как я убедился, что она в полной мере поняла мои объяснения.

---

**Имя и фамилия врача (печать)**

**Подпись врача**

**Дата и время**