

УДК:618.532.6:618.4-089.166-083.94

ГАЛИЧ С.Р., КАЛАНЖОВА О.М.

Одеський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №1,
м.Одеса

ОСОБЛИВОСТІ ВЕРТИКАЛЬНОГО ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ПРИ ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛОДА

Кількість випадків тазового передлежання плода (ТПП) у популяції на протязі багатьох років залишається незмінною та становить 3 – 5 %. Однак всупереч науково-практичним намаганням акушерства материнські та перинатальні ускладнення внаслідок таких пологів не мають тенденції до зниження.

Мета дослідження - провести порівняльний аналіз перебігу пологів і стану новонароджених при ТПП в залежності від способу розродження.

Матеріал і методи дослідження. Проведено проспективний аналіз 43 випадків самостійного народження живих доношених дітей при ТПП у Одеському обласному перинатальному центрі. Пацієнтки розподілені на 2 групи: I – основна група (ОГ) (n=23), жінки з ТПП, які народжували у вертикальному положенні; II – контрольна група (КГ) (n=20), жінки з ТПП, в пологах у яких використовувалася ручна допомога за Цов'яновим.

Результати дослідження та їх обговорення. Наведені дані демонструють, що у пацієнток КГ пологи при ТПП частіше ускладнювалися: слабкістю пологової діяльності - 15 (75 %), затримкою народження голівки плода - 9 (45 %), травмами пологових шляхів - 17 (85 %), потребою виконання операції епізіотомії - 14 (70 %) та переглядом завершення пологів на користь кесаревого розтину - 9 (45 %). Новонароджені жінок КГ найчастіше демонстрували гіпоксичні та ішемічні ураження головного мозку - 18 (90 %), що потребували інтенсивного лікування - 15 (75 %).

Висновки. Вертикальне ведення пологів при ТПП у більшості пацієнток - 19 (82,6 %) супроводжувалися подовженням II періоду пологів, що не обумовлювалося слабкістю пологової діяльності та характеризувалося сприятливими перинатальними наслідками: зменшення випадків пологових травм новонароджених - 1 (4,3 %), відсутність гіпоксичних крововиливів у головний мозок та майже відсутня необхідність інтенсивного лікування у ранньому післяпологовому періоді - 1 (4,3 %).

Ключові слова: тазове передлежання плода, вертикальне ведення пологів

Зниження материнської та перинальної захворюваності й смертності є одним з провідних завдань акушерів-гінекологів всього світу. За даними вітчизняної та зарубіжної літератури кількість випадків ТПП у популяції на протязі багатьох років залишається незмінною та становить 3 – 5 % [1, 2]. Однак всупереч тривалим намаганням наукового та практичного акушерства материнські та перинатальні ускладнення внаслідок таких пологів не мають тенденції до зниження [3].

Серед численних чинників, які можуть претендувати на роль визначальних у поліпшенні материнської та перинатальної захворюваності й смертності при ТПП, світові дослідники виділяють саме спосіб розродження. Втім, сучасна орієнтація акушерсько-гінекологічної служби на перинатальну охорону плода

призвела у різних клініках світу до значного росту кількості кесаревого розтину (50 – 100 %) та стрімкого зниження випадків самостійних вагінальних пологів при ТПП [4, 5].

З огляду на обставини, сучасний науковий інтерес викликає представлений у 2012 році на Україні професором Університетської клініки м.Франкфурт Льювенем Франком консервативний спосіб вертикального ведення пологів при ТПП. Відсутність на сьогодні достатньої кількості наукових доказів щодо ефективності запропонованої методики обмежує її використання в практичному акушерстві. Зазначене пояснює актуальність подальшого більш ретельного вивчення способу вертикальних пологів при ТПП із можливістю визначення доцільності її широкого впровадження в акушерські клініки.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Провести порівняльний аналіз перебігу пологів і стану новонароджених при ТПП в залежності від способу розродження.

**МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ
ДОСЛІДЖЕННЯ**

Для досягнення визначеної мети проведено проспективний аналіз 43 випадків самостійного народження живих доношених дітей при ТПП, середня маса яких становила 3286 ± 173 г. Всі пацієнтки народжували на III рівні надання акушерської допомоги у Одеському обласному перинатальному центрі в 2014 – 2016 рр. Критерії включення: неповне (чисто сідничне) або повне (сідниці з ніжками) сідничне передлежання плода, припустима маса плода від 2800 г до 3700 г та спонтанний початок пологової діяльності до повного 41 тижня вагітності. Критерії виключення: ножне передлежання плода, безпліддя в анамнезі, передчасні пологи до 37 тижн. вагітності, багатоплідна вагітність та вроджені вади розвитку плода. Пацієнтки були розподілені на 2 групи: I – основна група (ОГ) (n=23), жінки з ТПП, які народжували у вертикальному положенні; II – контрольна група (КГ) (n=20), жінки з ТПП, в пологах у яких використовувалася ручна допомога за Цов'яновим.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення Microsoft Office Excel 2015 із використанням статистичних методів варіаційного, непараметричного аналізу. Статистично значущими вважались значення $p < 0,05$.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ
ОБГОВОРЕННЯ**

Середній вік жінок у групах досліджен-

ня становив $26,3 \pm 4,4$ років – ОГ та $25,7 \pm 5,2$ років – КГ. Проведення клініко-статистичного аналізу стану соматичного та репродуктивного здоров'я досліджуваних пацієнток показало, що в цілому групи відповідні щодо провідних показників.

У вивченні соматичного статусу пацієнток слід зазначити найчастіше екстрагенітальне захворювання – патологію шлунково-кишкового тракту: ОГ – 9 (39 %), КГ – 11 (55 %). Пієлонефрит мав місце у 4 (17 %) жінок ОГ та 2 (10 %) вагітних КГ, у 5 (21,7 %) пацієнток ОГ та 4 (20 %) жінок КГ була діагностована варикозна хвороба нижніх кінцівок.

Визначення характеру менструальної функції звертає увагу на: пізнь, у віці 15-16 років, менархе 4 (60 %) – ОГ, 11 (55 %) – КГ та дисменорею 18 (78 %) – ОГ, 17 (85 %) – КГ у більшості пацієнток обох груп ($p > 0,05$).

З акушерського анамнезу з'ясовано: першонароджуючих в ОГ – 8 (34,7 %) в КГ – 11 (55 %) жінок. Ускладнень попередніх пологів та післяпологового періоду у жінок досліджуваних груп не було.

Всі пацієнтки груп дослідження були взяті на облік протягом I триместру гестації та відвідували жіночу консультацію регулярно.

Перебіг теперішньої вагітності у жінок зазначених груп ускладнювався: раннім токсикозом 7 (30 %) – ОГ, 10 (50 %) – КГ, анемією вагітних легкого ступеня 13 (56 %) – ОГ, 9 (45 %) – КГ, загрозою переривання вагітності 19 (82 %) – ОГ, 16 (80 %) – КГ та прееклампсією легкого ступеня 11 (47,8 %) – ОГ, 9 (45 %) – КГ ($p > 0,05$).

Подальше дослідження було спрямоване на визначення перебігу пологів при ТПП й відповідно аналіз наслідків пологів для новонароджених у групах дослідження в залежності від способу розродження (табл. 1).

Таблиця 1

Особливості перебігу пологів у пацієнток із ТПП в залежності від способу розродження

Показник	КГ, n=20	ОГ, n=23
передчасний розрив плодових оболонок	11 (55 %)	13 (56,5 %)
слабкість пологової діяльності	15 (75 %)	2 (8,6 %)*
інтранатальний дистрес плода	4 (20 %)	0 (0 %)*
передчасне відшарювання плаценти	2 (10%)	2 (8,7%)
закидання ручок плода	4 (20 %)	0 (0 %)*
затримка народження голівки плода	9 (45 %)	3 (13 %)*

екстракція плода за тазовий кінець	4 (20 %)	1 (4,3 %)*
травми пологових шляхів	17 (85 %)	2 (8,7 %)*
епізiotомія	14 (70 %)	0 (0 %)*
подовження II періоду пологів	7 (35 %)	19 (82,6 %)*
абсолютна відсутність ручної допомоги	0 (0 %)	22 (95,6%)*
кесарів розтин	9 (45 %)	1 (4,3 %)*

Примітка. * — $p < 0,05$ порівняно з КГ

Наведені дані демонструють в обох групах майже однакову частоту виникнення такого ускладнення як передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) 11 (55 %) - КГ та 13 (56 %) - ОГ ($p > 0,05$). Встановлено, що зазначене ускладнення серед пацієнток обох груп дослідження здебільшого не залежало ані від активної поведінки породіллі, ані від знаходження її весь час у ліжку. Такі дані можуть свідчити про більш вагомий вплив у виникненні ПРПО передлежання плода ніж поведінки пацієнтки у пологах.

Слабкість пологової діяльності, що частіше ускладнювала перебіг пологів пацієнток КГ - 15 (75 %), характеризувалась вторинним своїм виникненням здебільшого 13 (86,6 %) у II періоді пологів. Значно рідше зазначене ускладнення реєструвалося у пацієнток ОГ - 2 (8,6 %). В обох випадках воно було діагностовано у I періоді пологів, та сприяло своєчасному перегляду тактики розродження пацієнток у бік оперативного втручання.

Виникнення інтранатального дистресу плода у 4 (20 %) породіль КГ ставало на заваді завершення пологів через природні пологові шляхи, та потребувало негайного перегляду тактики на користь оперативного розродження: у 3 (15 %) пацієнток - шляхом операції кесаревого розтину; у 1 (5 %) - здійсненням операції екстракції плода за тазовий кінець. Зазначеного ускладнення під час вертикальних пологів не виникало в жодному випадку ($p < 0,05$).

Таке ускладнення, як передчасне відшарування нормально розташованої плаценти зустрічалося майже з однаковою частотою в обох групах: 2 (10 %) - КГ та 2 (8,6 %) - ОГ ($p > 0,05$). Втім, незалежно від способу розродження зазначене ускладнення у групах траплялося в II періоді пологів, що ймовірно може бути пов'язано із раптовим та значним зменшенням об'єму матки під час пологів у ТПП, коли плод починає залишати її порожнину.

Щодо передчасного порушення членорозташування плода, то воно реєструвалося лише

серед пацієнток КГ - 4 (20 %) у вигляді закидання ручок плода та в усіх випадках потребувало допомоги з використанням класичних ручних прийомів.

Затримка народження голівки плода в КГ - 9 (45 %) також завжди потребувала використання ручної допомоги, тоді як в ОГ - 3 (13 %) зазначене ускладнення траплялося в 3 рази рідше та виправлялося спонтанно й самостійно регулярними переймами без втручання лікаря, не вимагаючи жорсткого обмеження в часі (до 5 хв.), тому що стан народжуваної дитини контролювався по пульсуючій пуповині, кольору шкіри та рефлексам ($p < 0,05$). Спонтанні травми пологових шляхів серед жінок ОГ мали місце лише у 2 (8,6 %) випадках, були представлені виключно ссадинами та тріщинами та не потребували хірургічного відновлення тканин. Втім, у пацієнток КГ їх превалювання реєструвалося не лише за кількістю 17 (85 %), але й за глибиною та ступенем пошкоджень пологових шляхів, що завжди потребувало хірургічного втручання ($p < 0,05$).

Операція епізiotомії виконувалася серед більшості 14 (70 %) жінок КГ. Необхідність такої високої частоти її виконання під час класичного консервативного ведення пологів у ТПП була зумовлена як пологовими ускладненнями (слабкість пологової діяльності, інтранатальний дистрес плода у II періоді пологів, передчасне порушення членорозташування плода), що потребували швидкого завершення пологів, так й профілактикою розриву промежини породіль, які народжували лежачі на спині. Серед жінок, які народжували вертикально (ОГ) проведення епізiotомії не потребувалося в жодному випадку. Такі результати пояснювалися не лише меншою кількістю пологових ускладнень в ОГ, але й фізіологічними особливостями промежини жінок, які народжують вертикально. Також усі пацієнтки ОГ наголошували на суттєвому зменшенні пологового болю саме у вертикальному положенні вигнання плода з матки.

Аналіз тривалості пологового акту у жінок із ТПП демонстрував тенденцією до певної його "затримки" у групах дослідження: ОГ (першонароджуючі - $16,5 \pm 1,4$ ч; повторнонароджуючі - $12,8 \pm 1,2$ ч), КГ (першонароджуючі - $14,1 \pm 1,3$ ч; повторнонароджуючі - $9,1 \pm 1,1$ ч) ($p < 0,05$). При цьому серед жінок ОГ пологи визначаються як більш затяжні за рахунок подовження саме II періоду - періоду вигнання плода жінкою з матки.

Екстракція плода за тазовий кінець частіше 4 (20 %) виконувалась у КГ та була пов'язана з необхідністю швидкого завершення пологів через ускладнення II періоду пологів (слабкість пологової діяльності, інтранатальний дистрес плода). В ОГ проведення зазначеної операції потребувалося 1 (4,3 %) вагітній виключно за наявності клінічних ознак передчасного відшарування плаценти в кінці II періоду пологів ($p < 0,05$).

Відносно можливості абсолютної відсутності ручної допомоги лікаря під час консервативного проведення пологів при ТПП, то пацієнтки ОГ 22 (95,6%) продемонстрували високу ефективність запропонованого способу. Так, породі-

ллі та їх діти не потребували сторонньої допомоги лікаря ні за умов одночасного народження плода, ні за умов його народження поетапно із можливістю почергового народження ручок плода та/або народження голівки плода протягом кількох перейм впродовж 3-5 хвилин. Пологи лише 1 (4,3 %) жінки в ОГ довелося завершити екстракцією плода за тазовий кінець, що було обумовлено клінічними ознаками передчасного відшарування плаценти в кінці II періоду.

Майже у половини жінок 9 (45 %) КГ консервативні пологи при ТПП завершилися операцією кесаревого розтину (4 випадки - слабкість пологової діяльності, 2 випадки - передчасне відшарування нормально розташованої плаценти в II періоді пологів, 3 випадки - інтранатальний дистрес плода в I періоді пологів). Тоді як, в ОГ пологи завершилися оперативно лише у 1 (4,3 %) пацієнтки через передчасне відшарування нормально розташованої плаценти ($p < 0,05$).

Проведення порівняльного аналізу показників стану новонароджених у групах дослідження в ранньому неонатальному періоді показало достовірну різницю.

Таблиця 2

Особливості стану новонароджених у пацієнток із ТПП в залежності від способу розродження

Показник	КГ, n=20	ОГ, n=23
пологові травми	14 (70 %)	1 (4,3 %)*
асфіксія під час народження	5 (25 %)	2 (13 %)*
аспірація	7 (35 %)	1 (4,3 %)*
гіпоксичні крововиливи у желудочки мозку	5 (25 %)	0 (0 %)*
гіпоксичні та ішемічні ураження головного мозку	18 (90 %)	2 (8,7 %)*
необхідність інтенсивного лікування	15 (75 %)	1 (4,3 %)*

Примітка. * — $p < 0,05$ порівняно з КГ

Одразу після пологів проводилася оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар. Так, в КГ середня оцінка малюків за шкалою Апгар становила на 1-й хвилині $5,3 \pm 1,9$ бала, на 5-й - $6,2 \pm 1,6$ бала. В ОГ середня оцінка за шкалою Апгар - на 1-й хвилині $7,3 \pm 1,7$ бала, на 5-й - $8,4 \pm 1,2$ бала. Внаслідок порівняння способу розродження та перинатальних наслідків було визначено, що вищу оцінку за шкалою Апгар демонстрували пацієнтки ОГ, які народжували вертикально ($p < 0,05$).

Стосовно пологових травм плода з'ясовано, що у КГ вони траплялися у більшості новонароджених 14 (70 %) та полягали у: саднах і синцях - 8 (40 %); травматизації грудинно-ключич-

но-соскоподібного м'яза 4 (20 %); переломі ключиці - 1 (5 %) та переломі верхньої кінцівки - 1 (5 %). Тоді як, пологовий травматизм в ОГ був пов'язаний виключно із випадком 1 (4,3 %) екстракції плода за тазовий кінець при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти та проявлявся саднами й синцями.

Відносно асфіксії під час народження слід наголосити не лише на більшості її випадків 5 (25 %), а й на ступені її важкості у КГ. Так, якщо в ОГ визначалася асфіксія лише легкого ступеня - 2 (13 %), то новонароджені КГ демонстрували здебільшого варіанти її середнього 4 (20 %) та важкого 1 (5 %) перебігу.

Таке ускладнення як аспірація навколоплодовою рідиною частіше демонстрували новонароджені КГ - 7 (35 %). Зазначене ускладнення в КГ завжди виникало на тлі асфіксії в пологах та проявилось в подальшому синдромом дихальних розладів у 5 (71,4 %) випадках. Втім, в ОГ без несприятливих наслідків аспірація навколоплодовою рідиною мала місце лише у малюка 1 (4,3 %), який народився за допомогою екстракції за тазовий кінець на тлі передчасного відшарування нормально розташованої плаценти.

Гіпоксичні крововиливи у шлуночки мозку, що не зустрічалися в ОГ та мали місце серед малюків КГ - 5 (25 %), в свою чергу, можуть свідчити на користь частішої гіпоксії та небездоганного виконання лікарем пологодопоміжних маніпуляцій під час традиційних пологів при ТПП.

Також під час аналізу перинатальної захворюваності серед груп дослідження нами визначено, що найчастіше в КГ зустрічалося гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку різного ступеня важкості - 18 (90 %). Тоді як серед новонароджених ОГ зазначене ускладнення мало виключно легкий ступінь протікання й лише у 2 (8,7 %) випадках. Такі несприятливі показники серед малюків КГ можуть бути наслідком інтранатальної гіпоксії, що обумовлюється у II періоді пологів як частішим впливом окситоцину, так і намаганням швидкого народження дитини за допомогою прийомів Цов'янова.

Стосовно необхідності інтенсивного лікування новонароджених слід зазначити, що в КГ його потребувала більшість малюків - 15 (75 %). Зазначене пояснюється більш тяжкими проявами асфіксії, аспірацією навколоплодової рідини, що у своїй більшості прогресувала в синдром дихальних розладів, та виразнішими гіпоксично-ішемічними ураженнями головного мозку новонароджених внаслідок класичного консервативного ведення пологів при ТПП.

ВИСНОВКИ

Представлені дані свідчать, що вертикальне ведення пологів при ТПП у більшості пацієнток (19 (82,6 %)) супроводжується подовження II періоду пологів. При цьому, слабкість пологової діяльності виникає значно рідше (2 (8,6 %)) та не ускладнює II період пологів. Зазначене може пояснюватися ретельнішим моніторингом за скоротливою діяльністю матки протягом I періоду пологів у пацієнток, які народжують вертикально при ТПП.

Відсутність такого ускладнення, як закидання ручок плода та самостійне народження

затриманої голівки плода (3 (13 %)) протягом 2-3 перейм внаслідок вертикальних пологів при ТПП свідчать на користь можливості повного виключення будь якої ручної допомоги при консервативних пологах у ТПП. Визначені дані демонструють не лише відсутність необхідності намагання найшвидшого народження дитини при тазовому передлежанні, але й підтверджують високу ефективність адекватного моніторингу вітальних функцій плода під час тривалого процесу його народження (пульсація пуповини, ще не народженої дитини; рефлекси; колір шкіри).

Суттєве суб'єктивне зниження пологового болю під час вигнання дитини жінкою, низький відсоток пологового травматизму матері (2 випадки - 8,7 %) та повна відсутність необхідності виконання епізіотомії під час вертикального ведення пологів при ТПП підтверджують природність таких пологів, коли інстинктивна зручна поза для жінки сприяє як максимальному зниженню напруги м'язів промежини, так і поступовому достатньому розтягуванню її тканин.

Такі перинатальні наслідки як: зменшення випадків пологових травм новонароджених (1 (4,3 %)), варіанти асфіксії виключно легкого ступеню під час народження (2 (13 %)), відсутність гіпоксичних крововиливів у головний мозок, штучні гіпоксично-ішемічні ураження головного мозку малюків легкого ступеню (2 (8,7 %)) та майже відсутня необхідність інтенсивного лікування у ранньому післяпологовому періоді (1 (4,3 %)), свідчать на користь вертикальних пологів при ТПП, коли попередньо проведено ретельний відбір пацієнток щодо можливості їх консервативного розродження.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Корчинська О. О. Акушерські та перинатальні аспекти тазового передлежання плода: добре відомі факти і нові підходи до проблеми / О. О. Корчинська, К. Ю. Гульпе, У. В. Волошина // Здоров'я жінчини. – 2014. – № 4. – С. 46-49.
2. Луценко Н. С. Современные аспекты вопроса ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода (литературный обзор) / Н.С. Луценко, И.С. Соколовская // Таврич. медико-біологічний вестник. – 2012. – Т.15, №2. – Ч. 2. – С. 261-263.
3. Breech presentation: its predictors and consequences. An analysis of the Hungarian Tauffer Obstetric Database (1996-2011) / L. Zsirai, G.M. Csókbány, P.Vargha [et al.] // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Journal 2016. – Vol. 95, №3. – P. 347-354.

4. Delivery in breech presentation: what way should we choose? / M. Mourali, A. Kawali, L. Fitouhi [et al.] // Journal medical tunisie. – 2013. – Vol. 91, №1. – P. 21-26.
5. Management of breech presentation at term: a retrospective cohort study of 10 years of experience / J. Burgos, L. Rodriguez, P. Cobos [et al.] // Journal of perinatology. – 2015. – Vol. 35, №10. – P. 803-808

Отримано 30.06.2016

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ВЕРТИКАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

ГАЛИЧ С.Р., КАЛАНЖОВА О.М.

Количество случаев тазового предлежания плода (ТПП) в популяции на протяжении многих лет остается неизменным и составляет 3 - 5 %. Однако вопреки научно-практическому прогрессу акушерства материнские и перинатальные осложнения в результате таких родов не имеют тенденции к снижению. **Цель исследования** - провести сравнительный анализ течения родов и состояния новорожденных при ТПП в зависимости от способа родоразрешения. **Материал и методы исследования.** Проведен проспективный анализ 43 случаев самостоятельного рождения живых доношенных детей при ТПП в Одесском областном перинатальном центре. Пациентки разделены на 2 группы: I - основная группа (ОГ) (n=23), женщины с ТПП, которые рожали в вертикальном положении; II - контрольная группа (КГ) (n=20), женщины с ТПП, в родах которым оказывалась ручная помощь по Цовьянову. **Результаты исследования и их обсуждение.** Приведенные данные демонстрируют, что у пациенток КГ роды при ТПП чаще осложнялись: слабостью родовой деятельности - 15 (75 %), задержкой рождения головки плода - 9 (45 %), травмами родовых путей - 17 (85 %), необходимостью выполнения операции эпизиотомии - 14 (70 %) и пересмотром завершения родов в пользу операции кесарева сечения - 9 (45 %). Новорожденные женщин КГ чаще всего демонстрировали гипоксические и ишемические поражения головного мозга - 18 (90 %), что требовало интенсивного лечения - 15 (75 %). **Выводы.** Вертикальное ведение родов при ТПП у большинства пациенток - 19 (82,6 %) сопровождалось увеличением продолжительности II периода родов, однако не за счет слабости родовой деятельности и характеризовалось благоприятными

перинатальными показателями: уменьшение случаев родовых травм новорожденных - 1 (4,3 %), отсутствие гипоксических кровоизлияний в головной мозг и практически отсутствием необходимости интенсивного лечения в раннем послеродовом периоде - 1 (4,3 %).

Ключевые слова: тазовое предлежание плода, вертикальное ведение родов

SUMMARY

FEATURES OF VERTICAL MANAGEMENT OF BREECH DELIVERY

GALYCH S.R., KALANZHOVA O.M.

The number of cases of pelvic presentation in the population for many years remains unchanged and is 3 - 5%. However, despite the scientific and practical progress of obstetrics, the maternal and perinatal complications resulting from such births do not tend to decrease. **The purpose of research** is to conduct a comparative analysis of the current state of delivery and the newborn in cases of pelvic presentation according to the mode of delivery. **Material and methods of investigation.** A prospective analysis of 43 cases of independent birth of live full-term children upon pelvic presentation in Odessa Regional Perinatal Center was conducted. Patients are divided into 2 groups: I - the main group (MG) (n = 23), women with pelvic presentation, who gave birth in an upright position; II - control group (CG) (n = 20), women with pelvic presentation, during the delivery of which they received manual help for Tsovyanov. **Research results and their discussion.** These data demonstrate that the delivery of the CG patients in cases of pelvic presentation often become complicated by: weakness of delivery - 15 (75%), delayed fetal head birth - 9 (45%), the birth canal injuries - 17 (85%), need in episiotomy operation performing - 14 (70%) and revision of birth termination in favor of cesarean section - 9 (45%). Newborns of CG women often demonstrated hypoxic and ischemic brain injury - 18 (90%), which required intensive treatment - 15 (75%). **Conclusions.** Vertical management of breech delivery of the most patients - 19 (82.6%) was accompanied by an increase in the duration of the II stage of delivery, but not due to weakness of delivery and characterized by favorable perinatal outcomes: reducing of birth injury of newborns - 1 (4.3%), lack of hypoxic brain hemorrhage and almost lack of need of intensive treatment in the early postpartum period - 1 (4.3%).

Key words: Pelvic presentation, vertical management of delivery.