



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
СОДЕЙСТВИЯ ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

117997, г. Москва,
Ул. Академика Опарина, д. 4

Тел.: (495) 438-7287
Тел/факс: (495) 438-9429

24 декабря 2020 г. № 22-1/126

Генеральному директору ФГБУ
«Центр экспертизы и контроля
качества медицинской помощи»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

В.В. Омеляновскому

Уважаемый Виталий Владимирович!

Направляем Вам клинические рекомендации, разработанные ООО
«Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ):

«Тазовое предлежание плода» O32.1/O32.6/O64.1/O64.5/O64.8/O80.1/
O80.8/O83.0/O83.1/O83.2 взрослые/дети

Представленные клинические рекомендации были одобрены Научно-
практическим советом Минздрава России 10.12.2020 г. и утверждены
решением Президиума Правления РОАГ 21.12.2020 г. Проекты документов
клинических рекомендаций опубликованы на сайте РОАГ http://roag-portal.ru/clinical_recommendations

Приложение: «Тазовое предлежание плода» на 49 л. в 1 экз.

Президент РОАГ, академик РАН



В.Н. Серов

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ...	7
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	7
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ...	7
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	9
2.1. Жалобы и анамнез	9
2.2. Физикальное обследование	9
2.3. Лабораторные диагностические исследования	9
2.4. Инструментальные диагностические исследования	10
2.5. Иные диагностические исследования	10
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	11
3.1. Немедикаментозные методы лечения ТП плода	11
3.2. Кесарево сечение при ТП плода	14
3.3. Роды через естественные родовые пути при ТП плода	15
3.4. Ведение преждевременных родов в ТП плода	21
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	22
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	23

6. Организация оказания медицинской помощи.....	24
7. Дополнительная информация (в том числе, факторы, влияющие на исход состояния) ..	24
Критерии оценки качества оказания медицинской помощи	25
Список литературы	26
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	26
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	36
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствия показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	38
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	47
Приложение В. Информация для пациента	48
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	49

Термины и определения

Тазовое предлежание (ТП) (*praesentatio pelvica*) – клиническая ситуация, при которой предлежащей частью являются ягодицы и/или ножки/ножка плода.

Ягодичное предлежание:

- а) *чисто ягодичное предлежание* – ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы плода;
- б) *смешанное ягодичное предлежание* – ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы плода.

Ножное предлежание:

- в) *полное ножное предлежание* – предлежат обе ножки (стопы) плода, при этом обе ножки разогнуты в тазобедренных коленных суставах;
- г) *неполное ножное предлежание* – предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода; при этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставах;
- д) *коленное предлежание* – предлежат колени (одно/оба) плода; при этом одна или обе ножки плода разогнуты в тазобедренных и согнуты в коленных суставах.

Наружный поворот плода на головку – операция наружного профилактического поворота плода из тазового предлежания в головное предлежание.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ТП плода - клиническая ситуация, при которой предлежащей частью являются ягодицы и/или ножки/ножка плода.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

К этиологическим факторам ТП плода относятся [1–5]:

- ✓ недоношенность;
- ✓ ТП плода в анамнезе;
- ✓ сужение таза, аномальная форма таза;
- ✓ пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой);
- ✓ чрезмерная или ограниченная подвижность плода;
- ✓ многоводие или маловодие;
- ✓ многоплодная беременность;
- ✓ новообразования внутренних половых органов (миоматозные узлы, опухоли придатков);
- ✓ патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты);
- ✓ врожденные пороки развития (ВПР) плода (анэнцефалия, гидроцефалия, крестцово-копчиковая тератома, объемное образование в области шеи);
- ✓ короткая пуповина;
- ✓ задержка роста плода (ЗРП).

Существует гипотеза, согласно которой нормальная анатомия и двигательная активность плода, объём амниотической жидкости и расположение плаценты создают условия, в которых оптимальным для плода становится головное предлежание. При наличии изменений со стороны какого-либо из указанных факторов повышается вероятность ТП плода. Предполагают, что предлежание зависит также от незрелости вестибулярного аппарата плода [5].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Частота ТП плода при доношенной беременности составляет 3-5%. Среди всех ТП доля чисто ягодичного предлежания составляет 63,2-68,0%, смешанного ягодичного - 20,6-23,4%, ножного –11,4-13,4% [5]. Чем меньше срок беременности, тем выше частота ТП плода. При сроке беременности < 28 недель и массе плода < 1000 г, частота ТП плода достигает 35%, в то время как при сроке 34-36 недель при массе плода 2000-2499 г она не превышает 8% [6, 7].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

О32.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери

О32.6 Комбинированное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери

О64.1 Затрудненные роды вследствие ягодичного предлежания

О64.5 Затрудненные роды вследствие комбинированного предлежания

О64.8 Затрудненные роды вследствие другого неправильного положения и предлежания плода

О80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании

О80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды

О83.0 Извлечение плода за тазовый конец

О83.1 Другое акушерское пособие при родоразрешении в тазовом предлежании

О83.2 Роды с другими акушерскими манипуляциями [ручными приемами]

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1) Ягодичное предлежание:

✓ чистое

✓ смешанное

2) Ножное предлежание:

✓ неполное

✓ полное

✓ коленное предлежание.

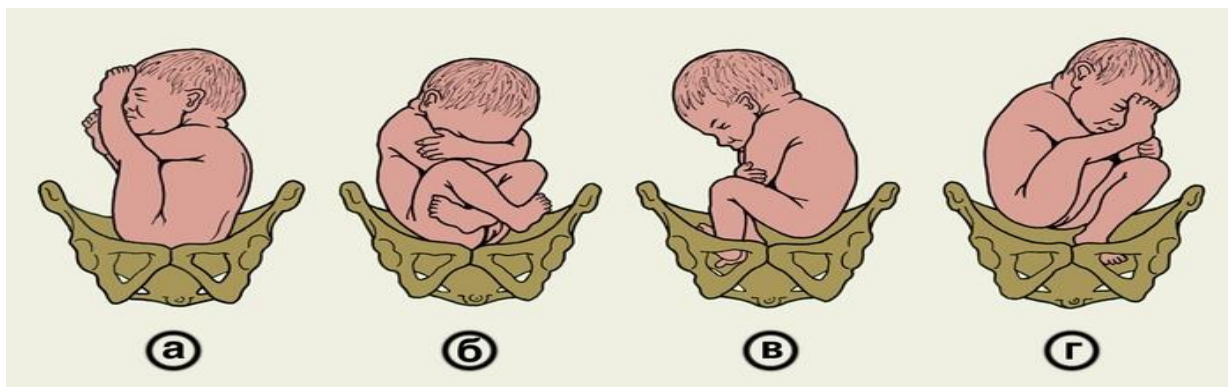


Рисунок 1. Виды тазового предлежания [5, 8–10]:

а) чисто ягодичное; б) смешанное ягодичное; в) полное ножное; г) неполное ножное.

Позиция плода при ТП определяется по отношению спинки плода к левой (I позиция) или правой (II позиция) стенкам матки, а вид - по отношению спинки к передней/задней стенке матки (соответственно передний или задний).

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Признаки ТП плода при наружном исследовании:

- ✓ высокое стояние дна матки, так как тазовый конец плода высоко расположен над входом в таз;
- ✓ головка плода (округлое плотное ballotирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (некрупная, мягкая предлежащая часть) - над входом в таз, что определяют при пальпации живота;

- ✓ сердцебиение плода выслушивают на уровне пупка или выше.

Во время родов данные бимануального влагалищного исследования:

- ✓ при ягодичном предлежании предлежащая часть мягкая, можно прощупать межягодичную складку, крестец, половые органы плода;
- ✓ при чисто ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб;
- ✓ при смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу(ы) плода, по локализации крестца уточняют позицию и вид;
- ✓ при ножных предлежаниях определяется ножка или ножки плода.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики¹

Критерии установления диагноза

Диагноз устанавливается на основании определения положения головного и тазового конца плода.

2.1. Жалобы и анамнез

Специфических жалоб нет. Возможные жалобы при наличии ТП плода: дискомфорт в подреберьях, поскольку в области дна матки находится головка плода [5, 11]. В случае смешанного ягодичного или ножного предлежания плода женщина может ощущать шевеление плода преимущественно в нижней части живота.

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендована пальпация плода, в родах дополнительно – бимануальное влагалищное исследование, для определения положения и предлежания плода [5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: При ТП плода отмечается высокое стояние дна матки, плотная часть (голова) определяется в дне матки, свободно ballotирует, сердцебиение плода выслушивается на уровне пупка или выше [5]. Клинически важно подтверждение ТП плода в 36 недель беременности.

- Рекомендовано проведение бимануального влагалищного исследования и УЗИ плода при поступлении в стационар пациентки с ТП плода [5, 6, 8, 12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Лабораторное обследование проводится согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»².

¹ Рекомендации относятся ко всем беременным пациенткам, если не указано иное

² Клинические рекомендации «Нормальная беременность» http://prof.ncagp.ru/index.php?_t8=85

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Для подтверждения ТП плода после наружного исследования рекомендовано ультразвуковое исследование (УЗИ) плода [5, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: При УЗИ плода необходимо определить: вид ТП плода; массу плода; количество вод (амниотический индекс); локализацию плаценты; аномалии развития плода; наличие разгибания головки плода.

2.5. Другие диагностические исследования

Не требуется

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения³

3.1 Немедикаментозные методы лечения ТП плода

- В 36 недель рекомендовано ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в ТП плода, медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить этот риск, возможными методами родоразрешения и их осложнениями [6, 14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Не рекомендовано предлагать пациентке проведение корригирующей гимнастики и акупунктуры для самостоятельного поворота плода на головку [15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Эффективность корригирующей гимнастики (комплекс гимнастических упражнений по методу Грищенко И.И., Шулешовой А.Е., Диканю И.Ф.) и акупунктуры не доказана.

- Рекомендовано предложить пациентке наружный поворот плода на головку (при отсутствии противопоказаний к естественным родам) для снижения вероятности кесарева сечения (КС) [5–9, 14–17].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Эффективность наружного поворота плода на головку составляет 30-80% [8]. При успешном наружном повороте плода на головку в 5% наблюдений отмечается спонтанная реверсия плода [15, 16]. Необходимо предупредить пациентку о том, что успех манипуляции зависит от многих факторов и никогда не может быть гарантирован на 100%.

- Для изменения положения плода рекомендовано проводить наружный поворот плода на головку врачу акушеру-гинекологу, владеющему техникой наружного поворота, в акушерском стационаре 2-й или 3-й группы [6, 9, 10].

³ Рекомендации относятся ко всем беременным пациенткам с ТП плода, если не указано иное.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Наружный поворот плода на головку необходимо проводить в акушерском стационаре с наличием условий для экстренного КС, анестезиологической и неонатальной служб, ультразвуковой диагностики.

- Наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить в срок ≥ 36 недель беременности у первородящих и ≥ 37 недель беременности у повторнородящих [18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

- Наружный поворот плода на головку рекомендовано проводить при отсутствии противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути, удовлетворительном состоянии плода (по данным кардиотокографии (КТГ), доплерографического исследования кровотока в артерии пуповины), нормальном количестве амниотической жидкости [15, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Наружный поворот плода на головку не рекомендовано проводить при наличии следующих противопоказаний: планируемое оперативное родоразрешение путем КС; кровотечение во второй половине беременности; патологическая/сомнительная КТГ; нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод по данным доплерометрического исследования; ЗРП с нарушением кровотока в артерии пуповины; аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующие повороту; многоплодие (кроме поворота второго плода после рождения первого плода); рубец на матке; грубые пороки развития плода, мертвый плод; разгибание головки плода; преэклампсия или артериальная гипертензия; разрыв плодных оболочек; отсутствие добровольного информированного согласия на проведение операции наружного поворота; маловодие и многоводие; неустойчивое положение плода [8, 15, 16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Перед проведением наружного поворота плода на головку рекомендовано информировать пациентку о возможных осложнениях, риск которых не превышает 0,5% [8, 15, 16]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: К возможным осложнениям наружного акушерского поворота, требующих проведения экстренного КС, относятся: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; преждевременные роды; родовое излитие околоплодных вод; разрыв матки; эмболия околоплодными водами; дистресс плода.

- Перед проведением наружного поворота плода на головку рекомендовано учитывать предикторы его успешного выполнения, к которым относятся: высокий паритет; абдоминальная пальпация головки плода; отсутствие ожирения; прикрепление плаценты на задней или боковых стенках матки; чисто ягодичное предлежание плода; индекс амниотической жидкости более 10 см [9, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При выполнении наружного поворота плода на головку рутинный токолиз не рекомендован (особенно у повторнородящих) [20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- При выполнении наружного поворота плода на головку рутинное использование спинальной или эпидуральной анестезии не рекомендовано [21].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Несенсибилизированным резус-отрицательным пациенткам после наружного поворота плода на головку рекомендовано дополнительно назначить иммуноглобулин человека антирезус Rho[D]** в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно [22].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

- В случае успешного наружного поворота плода на головку рекомендовано вести беременность согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность»⁴, при спонтанном начале родовой деятельности роды вести через естественные родовые пути [9, 15, 23–32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- В случае неэффективного наружного поворота плода на головку рекомендовано вести роды через естественные родовые пути при отсутствии противопоказаний для естественного родоразрешения [9, 15, 23–32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

3.2. Кесарево сечение при ТП плода

- В плановом порядке (III категория неотложности) родоразрешение путем КС рекомендовано при ТП плода: при сроке беременности менее 32 недель, сочетании с другими показаниями к КС, рубцом на матке после КС, ножном предлежании плода, предполагаемой массе плода <2500 г или >3600 г [33–36].⁵

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарии: Рождение плода <2500 г или >3600 г в ТП не является нарушением клинических рекомендаций. Оперативное родоразрешение женщин с тазовым предлежанием носит рекомендательный характер и зависит от паритета женщины и акушерской ситуации.

- Плановое КС рекомендовано на сроке $\geq 39^0$ недель беременности, что способствует оптимальному физиологическому созреванию плода, при отсутствии показаний для досрочного родоразрешения [37–39].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

⁴Клинические рекомендации «Нормальная беременность» http://prof.ncagp.ru/index.php?_t8=85

⁵ Клинические рекомендации «Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения» http://prof.ncagp.ru/index.php?_t8=85

- Перед плановым КС рекомендовано УЗИ плода или использование наружных приемов для определения положения и предлежания плода, так как возможен самопроизвольный поворот плода на головку [9, 12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано информировать пациентку о том, что безопасность естественных родов при ТП плода сопоставима с таковой при головном предлежании и обеспечивается корректным отбором беременных, а также достаточным опытом ведения родов квалифицированным медицинским персоналом [12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Перинатальная смертность при вагинальных родах в ТП плода составляет от 0,8 до 1,7‰, при КС после 39 недель беременности - от 0 до 0,8‰; при родах в головном предлежании - 1‰ [6, 9].

3.3. Роды через естественные родовые пути при ТП плода

- С целью недопущения осложнений роды через естественные родовые пути рекомендовано вести врачу акушеру-гинекологу, имеющему опыт ведения родов в ТП плода и способному оказать пособия при возникновении осложнений [12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Роды через естественные родовые пути в ТП плода рекомендовано вести в акушерском стационаре 2-й или 3-й группы [9, 23, 38].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Роды через естественные родовые пути в ТП плода необходимо проводить в акушерском стационаре с наличием условий для экстренного КС, анестезиологической и неонатальной служб. Роды через естественные родовые пути в ТП плода в учреждении 1-й группы возможны только в экстренных случаях, например, стремительные роды [12].

- При ведении родов через естественные родовые пути с ТП плода врачу акушеру-гинекологу рекомендовано учитывать следующие факторы, оказывающие благоприятное влияние на исход родов: отсутствие причин, препятствующих

неосложненным естественным родам; срок беременности ≥ 36 недель; отсутствие анатомического сужения таза; отсутствие ЗРП и признаков нарушений состояния плода; предполагаемая масса плода не менее 2500 г и не более 3600 г; ягодичное предлежание плода; отсутствует разгибание головки и/или запрокидывания ручек; отсутствие аномалий развития плода, которые могут стать причиной затрудненных родов; отсутствие в анамнезе кесарева сечения; медицинский персонал, обученный ведению родов в ТП плода; спонтанное начало родовой деятельности [5, 6, 8, 9, 12, 24, 40–43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарии: У первородящих роды происходят с большим количеством осложнений. Половина перинатальных смертей в родах с ТП были у плодов с ЗРП [41], [44].

- Рекомендовано учитывать желание пациентки, настаивающей на проведении родов в ТП плода через естественные родовые пути, и не отказывать при отсутствии показаний к КС, но при этом информировать пациентку о возможных затруднениях при вагинальных родах в ТП плода [9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано учитывать неблагоприятные факторы для родов в ТП плода через естественные родовые пути, такие как ЗРП; отсутствие специалиста, имеющего опыт принятия родов в ТП плода; ножное предлежание плода (за исключением случаев, когда пациентка поступает во 2-м периоде родов с адекватной родовой деятельностью); разгибание головки плода и/или запрокидывание ручек, подтвержденное УЗИ; предполагаемая масса плода: < 2500 г или > 3600 г (в зависимости от конституции матери); аномалии развития плода, препятствующие естественным родам; ожирение (индекс массы тела > 35 кг/м²); отказ беременной от родов через естественные родовые пути [5, 6, 8, 9, 12, 24, 40–43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

- Рекомендовано вести 1-й период родов в удобном для пациентки положении с учетом ее предпочтений [45, 46].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

- Не рекомендована амниотомия при родах в ТП плода, так как амниотомия повышает риск выпадения и сдавления пуповины [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано бимануальное влагалищное исследование для исключения или выявления выпадения пуповины сразу после спонтанного разрыва плодных оболочек [9, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Частота выпадения пуповины составляет приблизительно 1% при полном ягодичном предлежании (против $\geq 10\%$ при ножном предлежании).

- В 1-м периоде родов в ТП плода рекомендован непрерывный КТГ-мониторинг состояния плода, учитывая повышенный риск сдавления пуповины [9, 47, 48].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).

- Не рекомендован забор крови из ягодиц плода во время родов с целью определения уровня лактата [6, 8].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Не рекомендована рутинная нейроаксиальная анальгезия для обезболивания родов [6, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Современные методы нейроаксиальной анестезии сохраняют способность матери эффективно тужиться. Когда ягодицы опустились на тазовое дно, влияние нейроаксиальной анальгезии на успешность естественных родов при ТП плода изучено недостаточно [23, 49, 50].

- При наличии показаний с целью родовозбуждения рекомендована индукция родов раствором окситоцина** [9, 51, 52].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).
- Не рекомендована родостимуляция в активную фазу родов [53].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Рекомендовано ведение партограммы для контроля прогресса родов [6].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Рекомендовано адаптировать положение женщины во 2-м периоде родов (литотомическом, вертикальном или на четвереньках) с учетом ее предпочтений. Если предпочтение отдается вертикальной позиции, то пациентка должна быть предупреждена, что при необходимости положение может быть изменено на литотомическое [6].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Во 2-м периоде родов в ТП плода рекомендован непрерывный КТГ-мониторинг состояния плода [6, 9].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
- Не рекомендована рутинная эпизиотомия для профилактики родового травматизма [6].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
Комментарий: Возможно выполнение медиолатеральной эпизиотомии по показаниям.
- Рекомендовано выполнить КС, если ягодицы пассивно не опустились на тазовое дно в течение 1 часа 2-го периода родов [8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Не рекомендовано оказывать акушерское пособие ранее самостоятельного рождения ребенка до уровня пупка [9, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: В отечественной клинической практике при родах в чистом ягодичном предлежании после рождения туловища до пупка используют ручное акушерское пособие по Н.А. Цовьянову I. Цель пособия по Цовьянову - сохранение физиологического членорасположения плода и предупреждение развития таких серьезных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки плода (приложение Г, рисунок 2). При ножном предлежании в советском акушерстве применяли пособие по Н.А. Цовьянову II, основная цель которого - перевод чисто ножного предлежания в смешанное ягодичное, что способствует увеличению объема предлежащей части плода и достижению полного раскрытия маточного зева [54] (приложение Г, рисунок 3).

- При чисто ягодичном предлежании рекомендовано применить прием Пинарда, если к моменту рождения туловища до уровня пупка ножки не родились самостоятельно (приложение Г, рисунок 4) [6, 55].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Рекомендовано после рождения ножек проверить наличие пульсации в пуповине, и небольшую петлю вытянуть вниз для предотвращения компрессии натянутой пуповины.

- Рекомендовано контролировать поворот плода в передний вид, избегая заднего вида. Для обеспечения этого рекомендовано удерживать ребенка спинкой кпереди, захватывая тазовый конец и бедра [54, 56] (приложение Г, рисунок 5).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

- При рождении ребенка до нижнего угла лопаток для облегчения рождения ручек рекомендовано выполнение ротации туловища (приложение Г, рисунок 6), и не рекомендованы тракции за туловище [41].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- После рождения ребенка до уровня нижнего угла лопаток при запрокидывании ручек рекомендовано выполнить одно из пособий: прием Ловсета (приложение Г, рисунок 7) [9] или принятое в отечественной практике классическое ручное пособие по выведению ручек плода (приложение Г, рисунок 8) [54].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Если после рождения плечиков линия роста волос не определяется, рекомендовано повернуть туловище плода таким образом, чтобы его передняя поверхность была направлена к полу, с последующим давлением над лоном, приводящем к сгибанию головки и ее опусканию в полость таза [9, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Исключение тянущих движений врачом и надлобковое давление снижает перинатальную смертность с 3,2% до 0% [41].

- При отсутствии самостоятельного рождения головки рекомендовано выполнить одно из перечисленных пособий: метод Брахта [6, 9] (приложение Г, рисунок 8); прием Морисо-Смелли-Вайта [9] (Приложение Г, рисунок 9); наложение щипцов Пайпера [9, 12] (Приложение Г, рисунок 10, 11).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Наложение щипцов на последующую головку плода при родах в ТП плода рекомендовано проводить только подготовленному врачу акушеру-гинекологу [5, 6, 9, 14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: Вне зависимости от того, происходят спонтанные роды или используются акушерские щипцы, угол между туловищем плода и горизонтальной плоскостью не должен превышать 45 градусов - это позволяет избежать тракции за шейный отдел позвоночника во время рождения головки. Если туловище чрезмерно изогнуто кзади (т.е. по направлению к животу матери), переразгибание

головки может привести к окклюзии позвоночных артерий и некрозу спинного мозга шейного отдела позвоночника. Избыточное давление на шейный отдел позвоночника, оказываемое при тракциях книзу, может оказывать точно такой же эффект и приводить к вывиху позвоночника.

- Не рекомендована рутинная операция экстракции плода за тазовый конец [6, 8] ввиду высокого риска осложнений со стороны матери и плода [8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Исключение составляют острый дистресс-синдром плода, интранатальное кровотечение, угрожающее матери и плоду при наличии условий для выполнения экстракции плода за тазовый конец.

- Рекомендовано завершить рождение плечевого пояса и головки в течение 3-5 мин, так как увеличение этого времени может приводить к развитию острой гипоксии и интранатальной гибели плода [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

3.4. Ведение преждевременных родов в ТП плода

- Рекомендовано решение о способе родоразрешения при преждевременных родах и ТП плода принимать консилиумом врачей на основе полной оценки клинической ситуации после обсуждения с пациенткой [57].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Не рекомендовано родоразрешение путем операции КС при ТП плода в сроке 22–25⁶ недель беременности [6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- В сроке 26-31⁶ недель беременности рекомендовано отдавать предпочтение родоразрешению путем операции КС [34].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарии: Показатели перинатальной заболеваемости зависят от срока и причин преждевременных родов, т.е. определяются недоношенностью, и не зависят от способа родоразрешения [6]. Чем ниже масса плода (< 1500 г), тем хуже исходы для плода, независимо от метода родоразрешения [6].

**4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение,
медицинские показания и противопоказания к применению методов
медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании
природных лечебных факторов**

Не применимо.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Беременным пациенткам не рекомендовано применение каких-либо методов профилактики ТП плода [54], [58].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: Ни один из методов профилактики ТП плода не доказал свою эффективность.

Техника пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании

После прорезывании ягодиц их захватывают обеими руками так, чтобы большие пальцы легли на прижатые к животу бедра плода, а остальные пальцы - на поверхность крестца. По мере рождения туловища плода врач, держа руки у вульварного кольца, придерживает туловище плода осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы перемещая по спинке. При рождении плода ножки прижимают к туловищу, тем самым не давая им родиться раньше времени. Кроме того, ножки плода прижимают к груди скрещенные ручки, что предупреждает их запрокидывание. Поскольку на уровне грудной клетки объем туловища вместе со скрещенными ручками и ножками больше, чем объем головки, она рождается без затруднений.

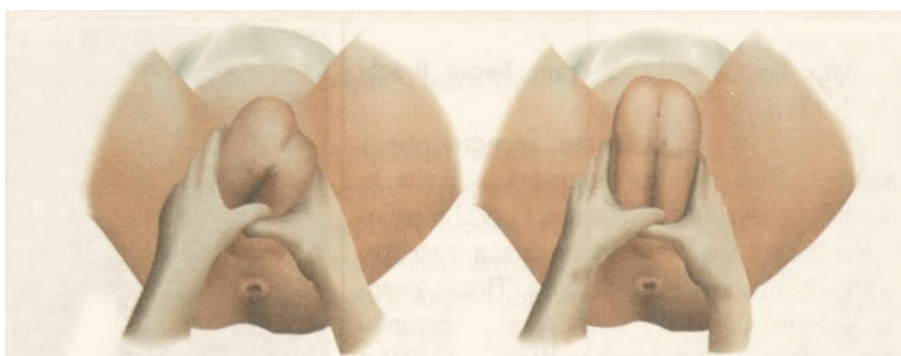


Рисунок 2. Техника пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании

Техника пособия по Цовьянову при ножном и смешанном ягодичном предлежании плода

При прорезывании стоп (стопы) плода, покрыв половую щель роженицы стерильной пленкой, ладонной поверхностью правой руки, приставленной к половой щели, противодействуют преждевременному рождению ножек. Ягодицы оказывают давление на шейный канал и способствуют полному раскрытию маточного зева, опускаются во влагалище и образуют с находящимися там ножками смешанное ягодичное предлежание.



Рисунок 3. Техника пособия по Цовьянову при ножном и смешанном ягодичном предлежании плода

Техника приема Пинарда

С помощью пальцев акушер надавливает на подколенную ямку и отводит бедро в противоположную сторону от туловища. Это приводит к сгибанию коленного сустава и облегчает выведение стопы и ноги. Данный прием может быть повторен для рождения противоположной ноги и стопы.

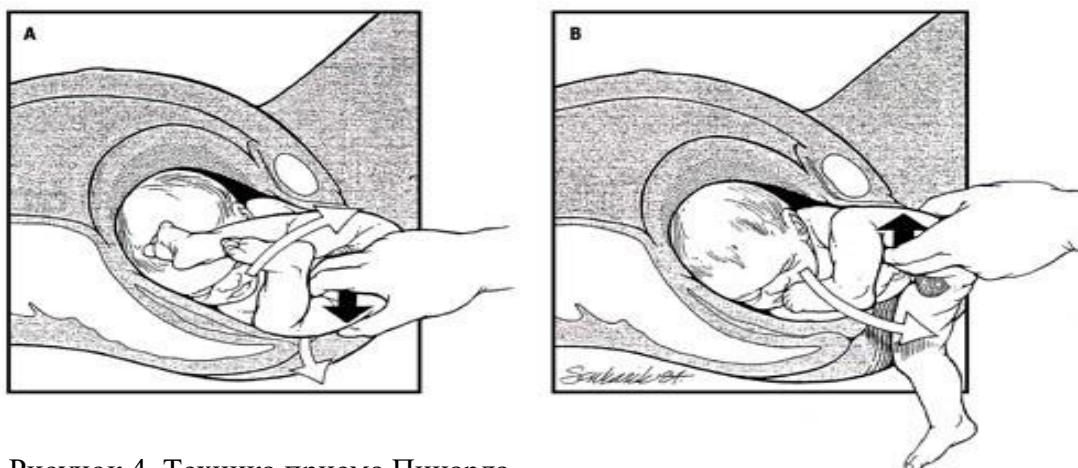


Рисунок 4. Техника приема Пинарда

Правило захвата туловища

Акушер руками фиксирует бедра плода, расположив большие пальцы на крестце, а остальные - на подвздошном гребне. Чтобы исключить соскальзывание рук, можно использовать небольшую стерильную салфетку. Важно не сжимать живот плода!

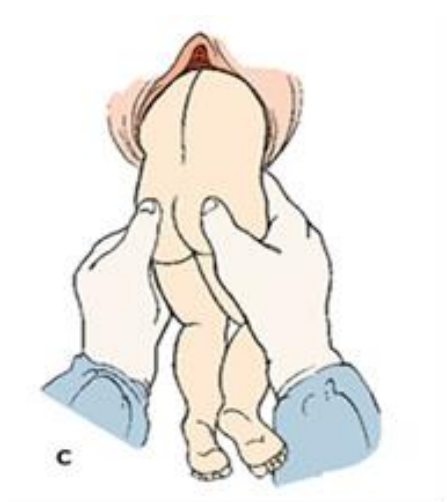


Рисунок 5. Техника захвата туловища

Техника рождения ручек путем ротации туловища

Если ручки плода согнуты и располагаются спереди на грудной клетке, двумя пальцами проводят по плечу плода и далее вниз по плечевой кости, затем локтевой сустав и предплечье плода выводят вдоль лица к грудной клетке плода, что позволяет верхней (передней) ручке свободно родиться, затем плод ротируется на 90^0 со стороны спинки, визуализируется вторая лопатка и манипуляции повторяют с другой стороны.

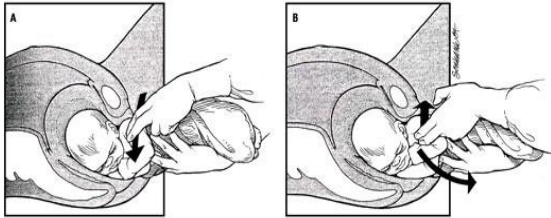


Рисунок 6. Рождение ручек путем ротации туловища

Техника приема Ловсета

Плод удерживают за бедра или костный таз (но не за живот). Для более надежного захвата можно обернуть ноги/таз плода пеленкой. Туловище плода аккуратно подтягивают вниз, затем тело плода приподнимают кверху латерально, что способствует опусканию заднего плечика ниже мыса крестца. Плод поворачивают аккуратными тракциями на 180 градусов, чтобы родилось первое верхнее (переднее) плечико и ручка. Если ручка не родилась, помогите рождению ручки, положив один или два пальца на верхнюю ее часть. Опустите ручку вниз через грудку при согнутом локте с кистью, проведенной через лицо. Для рождения второй ручки поверните ребенка назад на пол-оборота, удерживая спинку кверху, и, потягивая его вниз, высвободите вторую ручку тем же путем.

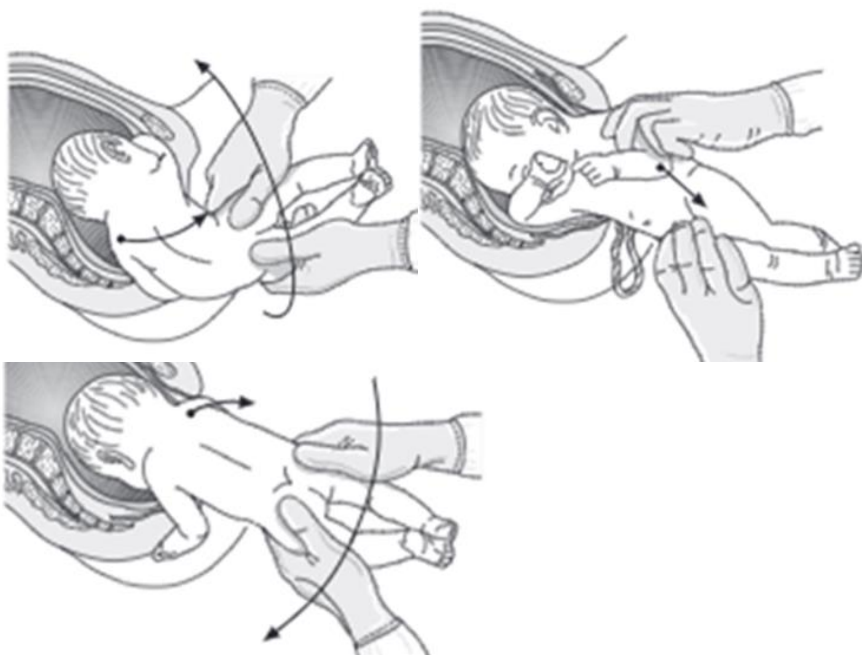


Рисунок 7. Техника приема Ловсета

Техника классического ручного пособия по выведению ручек плода

Ручка плода освобождается одноименной рукой акушера (правая - правой, левая - левой). Первой освобождается задняя ручка, так как емкость крестцовой впадины больше и больше пространство для маневра. Акушер захватывает ножки плода (при первой позиции левой рукой, при второй позиции правой рукой) и отводит их к паховой складке, противоположной позиции плода. Одноименной рукой акушер освобождает ручку плода, расположенную со стороны крестцовой впадины. Рукой проводят вдоль спинки плода, плечика и пальпируют плечевую кость, захватывают на уровне локтевого изгиба, так чтобы ручка, сгибаясь, проходила вдоль лица и низводилась («омывательное движение»). Для освобождения второй ручки туловище плода поворачивают на 180°, проводя спинку под лонным сочленением. Передняя ручка плода при этом становится задней и освобождается одноименной рукой акушера, как и первая.

Метод Брахта

Для облегчения рождения последующей головки ассистент надавливает над лоном для сгибания головки, врач при этом поднимает туловище плода к симфизу матери.



Рисунок 8. Метод Брахта

Техника приема Морисо-Смелли-Вайта

Положите тело ребенка на вашу ладонь и предплечье, ножки и ручки свисают с обеих сторон. Указательный и средний пальцы этой руки располагают на верхней челюсти по обе стороны носа для сгибания головки. Не стоит помещать один палец в рот и оказывать давление на нижнюю челюсть. Это может привести к вывиху нижней челюсти. Другую руку располагают на спинке плода, средним пальцем аккуратно надавливают на затылочный бугор, что приводит к сгибанию головки. Остальные пальцы этой руки свободно лежат на плечиках новорожденного. Это пособие подразумевает аккуратное надавливание для сгибания головки, слабое тяговое усилие по направлению кзади, затем кпереди. Направление тракций проводится относительно вертикально стоящей женщины.

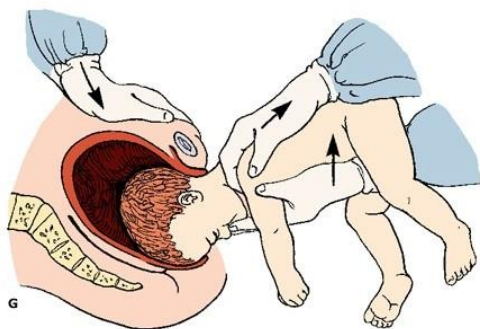


Рисунок 9. Прием Морисо-Смелли-Вайта