Тазовое предлежание плода

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O32.0, O32.1, O32.2, O32.6, O64.1, O64.5, O64.8, O80.1 · Российское общество акушеров-гинекологов

Тазовое предлежание (ТП) — клиническая ситуация, при которой предлежат ягодицы и/или ножки плода. Рекомендация предназначена для ведения беременности и родов при ТП: от подтверждения предлежания и выбора тактики до наружного поворота, кесарева сечения или тщательно отобранных влагалищных родов.

Главное

- Предлежание необходимо клинически определить к 36 неделям беременности и подтвердить УЗИ; при исследовании оценивают вид ТП, предполагаемую массу плода, количество вод, плаценту, пороки развития и разгибание головки. УУР С, УДД 5.
- При подтвержденном ТП пациентке без противопоказаний к естественным родам предлагают наружный поворот на головку. Его эффективность составляет 30–80%, а спонтанная реверсия после успеха отмечается примерно в 5% случаев. УУР С, УДД 5.
- Наружный поворот выполняют после 36 недель подготовленным акушером-гинекологом в стационаре 2-й или 3-й группы, где доступны экстренное кесарево сечение, анестезиологическая, неонатальная и ультразвуковая службы. УУР А, УДД 1 для срока проведения; УУР С, УДД 5 для условий выполнения.
- Само по себе ТП не исключает влагалищные роды. Наиболее благоприятны срок более 36 недель, ягодичное предлежание, масса плода 2500–3600 г, отсутствие разгибания головки, задержки роста, пороков развития и рубца на матке, спонтанное начало родов и наличие опытного персонала. УУР С, УДД 4.
- При выборе влагалищных родов на доношенном сроке рекомендована МР-пельвиметрия. Наиболее значим межостистый размер не менее 10,5 см; дополнительные ориентиры: переднезадний размер входа не менее 10,5 см, поперечный размер входа не менее 12 см, межтуберозный размер не менее 10,9 см и лонный угол не менее 70°. УУР В, УДД 2.
- При родах в ТП необходимы постоянный КТГ-мониторинг и партограмма; амниотомия и родостимуляция не рекомендуются. После самопроизвольного разрыва оболочек выполняют бимануальное исследование для исключения выпадения пуповины. УУР В, УДД 3 для постоянного КТГ в первом периоде и ведения первого периода в удобном положении.
- Методы профилактики ТП, включая постуральную гимнастику, не применяют: эффективность не доказана. Для постуральной гимнастики уровень рекомендации А, УДД 1; для других профилактических методов — УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Уточняют анамнез и жалобы: специфических симптомов нет; возможны дискомфорт в подреберьях и ощущение шевелений преимущественно внизу живота при смешанном ягодичном или ножном предлежании.
2. Проводят наружную пальпацию плода для определения его положения и предлежания. В пользу ТП говорят высокое стояние дна матки, плотная баллотирующая головка в дне матки и сердцебиение на уровне пупка или выше. УУР С, УДД 5.
3. В 36 недель подтверждают предлежание УЗИ. Определяют вид ТП, предполагаемую массу плода, количество околоплодных вод, локализацию плаценты, пороки развития и разгибание головки. УУР С, УДД 5.
4. Если на доношенном сроке пациентка выбирает влагалищные роды, проводят МР-пельвиметрию и сопоставляют ее результаты со сроком беременности, размерами плода и другими клиническими данными. УУР В, УДД 2.
5. При поступлении в стационар выполняют влагалищное исследование и УЗИ для верификации вида предлежания. УУР С, УДД 5.
6. Перед наружным поворотом оценивают состояние плода по КТГ и допплерографии кровотока в артерии пуповины, а также количество амниотической жидкости; эти данные должны быть удовлетворительными. УУР С, УДД 5.

Лечение

- После подтверждения ТП в 36 недель обсуждают с пациенткой риски родов в ТП, наружного поворота, кесарева сечения и влагалищных родов. Корригирующую гимнастику и акупунктуру для самостоятельного поворота не предлагают, поскольку их эффективность не доказана. УУР С, УДД 5.
- Наружный поворот выполняют при отсутствии противопоказаний к естественным родам, после 36 недель, в стационаре 2-й или 3-й группы подготовленным врачом. Перед процедурой получают добровольное информированное согласие и сообщают, что риск осложнений, требующих экстренного кесарева сечения, не превышает 0,5%. УУР А, УДД 1 для срока; УУР С, УДД 5 для остальных положений.
- Противопоказания к наружному повороту: планируемое КС, кровотечение во второй половине беременности, патологическая или сомнительная КТГ, нарушения кровотока, ЗРП с нарушением кровотока, препятствующие повороту аномалии или опухоли матки и придатков, многоплодие, кроме поворота второго плода после рождения первого, рубец на матке, грубые пороки развития или гибель плода, разгибание головки, преэклампсия или артериальная гипертензия, разрыв плодных оболочек, маловодие или многоводие, неустойчивое положение и отсутствие согласия.
- Для повышения вероятности успеха наружного поворота применяют токолиз гексопреналином: 2 мл разводят в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводят перфузором со скоростью 1,5 мл за 15 минут и во время процедуры. При выраженной болезненности используют спинальную или эпидуральную анестезию. УУР С, УДД 5.
- После успешного поворота беременность ведут как нормальную, а при спонтанном начале родов проводят влагалищные роды. После неудачного поворота влагалищные роды также возможны при отсутствии противопоказаний. УУР С, УДД 5 и УУР С, УДД 4 соответственно.
- КС проводят при противопоказаниях к естественным родам или отказе пациентки от них. Плановое КС выполняют после 39 недель при отсутствии показаний к более раннему родоразрешению; показаниями при ТП служат ножное предлежание, рубец на матке, сочетание с другими показаниями к КС, предполагаемая масса плода менее 2500 г или более 3600 г либо отказ от самопроизвольных родов. УУР А, УДД 1 для срока; УУР С, УДД 5 для показаний.
- Влагалищные роды ведут в стационаре 2-й или 3-й группы опытным акушером-гинекологом при наличии условий для экстренного КС, анестезиологической и неонатальной служб. В первом и втором периодах применяют постоянное КТГ; амниотомия, родостимуляция, нейроаксиальная анальгезия и эпизиотомия не рекомендуются рутинно, а нейроаксиальную анальгезию назначают по показаниям. УУР С, УДД 5; для постоянного КТГ в первом периоде — УР В, УДД 3.
- Если ягодицы не опустились пассивно на тазовое дно в течение 1 часа второго периода, выполняют КС. До самостоятельного рождения ребенка до уровня пупка не оказывают акушерское пособие; рождение плечевого пояса и головки рекомендуется завершить за 3–5 минут. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Для наружного поворота направляют в акушерский стационар 2-й или 3-й группы с возможностью экстренного КС, анестезиологической и неонатальной помощи и УЗИ.
- Влагалищные роды при ТП проводят в стационаре 2-й или 3-й группы у специалиста с опытом ведения таких родов. В учреждении 1-й группы они допустимы только в экстренной ситуации, например при стремительных родах.
- При преждевременных родах способ родоразрешения определяет консилиум после оценки клинической ситуации и обсуждения с пациенткой и ее партнером. В сроке 26–32 недели для снижения перинатальной смертности и неонатальной заболеваемости предпочитают КС; в сроке 22–25^{6} недель КС при ТП не рекомендуют. УУР В, УДД 2 для решения консилиума; УУР С, УДД 4–5 для тактики по срокам.
- Перед плановым КС повторно подтверждают положение и предлежание плода с помощью УЗИ или наружных приемов, поскольку возможен самопроизвольный поворот на головку. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Когда нужно определить тазовое предлежание?

Клинически предлежание следует установить к 36 неделям беременности и подтвердить УЗИ. УЗИ также уточняет вид ТП, массу плода, количество вод, расположение плаценты и разгибание головки.

Можно ли предложить наружный поворот и когда его выполнять?

Да, при отсутствии противопоказаний к естественным родам его предлагают после 36 недель в акушерском стационаре 2-й или 3-й группы.

Какие параметры важны для выбора влагалищных родов при ТП?

Благоприятны ягодичное предлежание, срок более 36 недель, предполагаемая масса 2500–3600 г, отсутствие ЗРП, пороков развития, разгибания головки, запрокидывания ручек и рубца на матке.

Когда при ТП показано плановое кесарево сечение?

КС выбирают при противопоказаниях к естественным родам или отказе пациентки от них. Среди специальных показаний при ТП — ножное предлежание, рубец на матке, масса плода менее 2500 г или более 3600 г, сочетание с другими показаниями к КС; плановую операцию проводят после 39 недель при отсутствии причин для более раннего родоразрешения.

Как вести первый и второй периоды родов при сохранении ТП?

Нужны постоянный КТГ-мониторинг и партограмма; амниотомия и родостимуляция не рекомендуются. После самопроизвольного разрыва оболочек выполняют бимануальное исследование на выпадение пуповины, а если ягодицы не опустились на тазовое дно за 1 час второго периода — выполняют КС.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/626-tazovoe-predlezhanie-ploda. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/626_2