Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O32.3, O33, O33.0, O33.1, O33.2, O33.3, O33.4, O33.5 · Российское общество акушеров-гинекологов

Несоответствие размеров таза матери и плода препятствует продвижению предлежащей части по родовым путям; к состоянию также относятся переднеголовное, лобное и лицевое предлежания. Рекомендация описывает выявление диспропорции, выбор места и способа родоразрешения, а при клиническом несоответствии — экстренное кесарево сечение.

Главное

- Несоответствие размеров таза и плода возникает в родах из-за уменьшенных размеров костного таза, чрезмерно больших размеров плода, неблагоприятного вставления предлежащей части или сочетания этих факторов; также имеет значение характер родовой деятельности. Разгибательное предлежание головки плода — одна из возможных причин несоответствия.
- Для скрининга риска используют рост, межвертельный размер таза, поперечный и продольный размеры пояснично-крестцового ромба Михаэлиса и отношение роста беременной к высоте дна матки менее 4,7.
- Анатомическое сужение таза обычно не имеет отчетливой клинической симптоматики. Клинически узкий таз можно заподозрить при затяжном течении родов, схватках потужного характера при головке выше узкой части полости малого таза, неблагоприятном вставлении головки, избыточной или отсутствующей конфигурации костей черепа в конце первого — втором периоде родов, отеке краев шейки матки, тканей вульвы и промежности, затруднении мочеиспускания.
- В активной фазе первого и/или во втором периоде родов оценивают вид предлежания и степень сгибания головки (УУР С, УДД 3); предполагаемую массу плода определяют для прогнозирования диспропорции (УУР В, УДД 2).
- При сомнительной клинической оценке продвижения головки или неблагоприятном ее вставлении используют УЗИ; МР-пельвиметрию выполняют женщинам, у которых по заключению консультативного осмотра в КДЦ акушерского стационара третьего уровня определены показания к уточнению размеров таза для выбора способа родоразрешения, а рутинно МРТ не применяют (УУР В, УДД 2–3).
- При установленном клиническом несоответствии родоразрешение проводят экстренным кесаревым сечением для предупреждения тяжелых материнских и перинатальных осложнений (УУР С, УДД 5).

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез для выявления факторов риска и симптомов диспропорции между тазом матери и головкой плода (УУР С, УДД 5).
2. Провести физикальное обследование в родах согласно клиническим рекомендациям «Нормальные роды» для диагностики осложнений и выявления отклонений от нормального течения родов (УУР С, УДД 5).
3. Определить предполагаемую массу плода и учитывать особенности родовой деятельности и длительность родов. Ориентиры второго периода: 3 часа у первородящих без эпидуральной аналгезии и 4 часа с ней; у повторнородящих — 2 и 3 часа соответственно.
4. В активной фазе первого и/или во втором периоде оценить вид предлежания и степень сгибания головки. При отклонении родов от нормального течения выполнить влагалищное исследование, оценив раскрытие и края шейки, уровень положения, вид предлежания и особенности вставления головки, конфигурацию костей черепа и выраженность родовой опухоли (УУР С, УДД 3 и 5).
5. При затруднении определения уровня, вида или позиции головки применить УЗИ; при сомнениях в формировании диспропорции — оценить с его помощью продвижение головки и вероятность родоразрешения через естественные родовые пути (УУР В, УДД 2).

6. Если консультативный осмотр в акушерском стационаре третьего уровня выявил показания к уточнению размеров таза для выбора способа родоразрешения, провести МР-пельвиметрию (УУР B, УДД 3).

Лечение

- Беременных с высоким риском диспропорции по клиническому обследованию и наружным размерам таза направить в консультативно-диагностическое отделение акушерского стационара третьего уровня для решения о дообследовании, месте и способе родоразрешения.
- При заднем виде или разгибательном головном предлежании плода в родах разрешить женщине свободно перемещаться или изменить положение тела, чтобы способствовать спонтанному установлению нормального положения головки (УУР B, УДД 3).
- Профилактический ручной поворот головки из заднего вида затылочного предлежания в передний не применять: доказательств снижения частоты оперативного родоразрешения нет (УУР A, УДД 1). При отсутствии опускания головки во втором периоде и сохранении заднего вида такой поворот возможен.
- При клиническом несоответствии размеров плода и таза матери выполнить экстренное кесарево сечение (УУР C, УДД 5).
- При доношенной беременности рекомендована индукция родов для снижения перинатальных осложнений и частоты кесарева сечения; при повышенном риске осложнений из-за соотношения размеров таза и плода она сочетается с уменьшением частоты осложнений для ребенка без увеличения частоты кесарева сечения или влагалищного оперативного родоразрешения (УУР B, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- При высоком риске диспропорции во время беременности направить женщину в консультативно-диагностическое отделение акушерского стационара третьего уровня.
- Плановую помощь женщинам с анатомическим узким тазом оказывают в акушерских стационарах второго или третьего уровня; срок госпитализации и способ родоразрешения определяет лечащий врач.
- При экстренных или неотложных показаниях к кесареву сечению операцию выполняют в учреждении, где находится пациентка, если есть необходимое оборудование и персонал, либо транспортируют ее медицинским транспортом в стационар второго или третьего уровня при отсутствии противопоказаний к транспортировке.

Частые вопросы

Как заподозрить клинически узкий таз в родах?

Ориентируются на затяжное течение родов, схватки потужного характера при головке, расположенной выше узкой части полости малого таза, неблагоприятное вставление головки, избыточную или отсутствующую конфигурацию костей черепа в конце первого — втором периоде родов, отек краев шейки матки, тканей вульвы и промежности, затруднение мочеиспускания.

Когда нужна МР-пельвиметрия?

Ее проводят женщинам, у которых консультативный осмотр в акушерском стационаре третьего уровня выявил необходимость уточнить размеры таза для выбора способа родоразрешения. Рутинное применение МРТ не рекомендуется.

Когда использовать УЗИ в родах?

УЗИ применяют, если трудно определить уровень, вид или позицию головки, а также при сомнительных клинических данных о формировании диспропорции. Исследование помогает оценить неблагоприятное вставление, продвижение головки и прогноз родов через естественные родовые пути.

Каковы рекомендуемые временные границы второго периода родов?

Ориентировочные пределы составляют 3 часа у первородящих без эпидуральной аналгезии и 4 часа с ней; у повторнородящих — 2 и 3 часа соответственно. Замедление родов или изменение характера родовой деятельности требует оценки признаков несоответствия.

Что делать при установленном клиническом несоответствии?

Показано экстренное родоразрешение путем кесарева сечения для предупреждения тяжелой материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/766-medicinskaya-pomoshch-materi-pri-ustanovlennom-ili-predpolagaemom. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/766_1