МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

03 09 2019 Донецк № 1544

Об утверждении унифицированного клинического протокола медицинской помощи «Внематочная беременность», «Тазовое предлежание плода», «Медицинская помощь при анатомически и клинически узком тазе».

С целью обеспечения единых, современных, научно обоснованных подходов к стандартизации медицинской помощи с позиций доказательной медицины, руководствуясь пунктом 12 части 1 статьи 6, частью 3 статьи 32 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении», подпунктами 7.12, 7.14, 7.19 пункта 7, пунктами 11, 13 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10 января 2015 года № 1-33, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08 декабря 2015 года № 012.1/628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 23 декабря 2015 года под регистрационным № 848,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1.Утвердить унифицированный клинический протокол медицинской помощи:

1.1.« Внематочная беременность», прилагается.

1.2. «Тазовое предлежание », прилагается.

1.3. «Медицинская помощь при анатомически и клинически узком тазе», прилагается.

2. Руководителям органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики обеспечить:

2.1. Соблюдение утвержденных пунктом 1 настоящего Приказа унифицированных клинических протоколов медицинской помощи.

2.2. Разработку и внедрение локальных протоколов оказания медицинской помощи на основе утвержденных пунктом 1 настоящего Приказа унифицированных клинических протоколов медицинской помощи, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 27 января 2016 года №100 «Об утверждении Методики разработки и внедрения локальных протоколов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 09 февраля 2016 года под регистрационным № 981.

3. Ответственность за исполнение настоящего Приказа возложить на руководителей органов, учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

4. Контроль исполнения настоящего Приказа возложить на директора Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики Н.Г. Подольскую.

5. Настоящий Приказ вступает в силу с 09.09.2019 года.

Министр О.Н. Долгошапко

УТВЕРЖДЕН
Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
03.09.2019 № 1544

УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

«Тазовое предлежание плода»

I. Паспортная часть

1.1 Шифр МКБ-10: О32.1

1.2 Цель разработки протокола

Настоящий клинический протокол разработан с целью стандартизации оказания медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по специальности «Акушерство и гинекология» беременным женщинам с тазовым предлежанием плода.

1.3 Для кого предназначен протокол

Протокол предназначен для руководителей учреждений здравоохранения и их заместителей из числа врачей, руководителей структурных подразделений учреждений здравоохранения по профилю «Акушерство и гинекология», врачей-акушеров-гинекологов.

1.4 Дата разработки: сентябрь 2018 года.

1.5 Дата пересмотра: сентябрь 2023 года.

1.6 Список разработчиков:

№п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
	Чурилов Андрей Викторович	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, профессор, доктор медицинских наук
	Свиридова Валентина Васильевна	Заместитель главного врача по акушерской и гинекологической помощи ДоКТМО МЗ ДНР, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук

	Данькина Илона Альбертовна	Доцент кафедры акушерства и гинекологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
	Джеломанова Светлана Алексеевна	Доцент кафедры акушерства и гинекологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
	Сидоренко Геннадий Дмитриевич	Заведующий отделением экстрагенитальной и акушерской патологии Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, кандидат медицинских наук
	Сиротина Елена Анатольевна	Заведующий гинекологическим отделением Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ:

№ п\п	**Фамилия, имя, отчество**	**Должность**
1.	Васильева Людмила Леонидовна	Начальник отдела охраны материнства и детства Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, председатель Рабочей группы
2.	Костенко Владимир Сергеевич	Заведующий отделением акушерской реанимации Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по анестезиологической безопасности в акушерстве Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

3.	Морозова Наталья Игоревна	Главный специалист отдела охраны материнства и детства Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук
4.	Железная Анна Александровна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького», заместитель генерального директора по лечебной работе Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства МЗ ДНР, доктор медицинских наук
5.	Морозова Наталья Андреевна	Доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кандидат медицинских наук
6.	Демина Татьяна Николаевна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
7.	Яковлева Эльвира Борисовна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
9.	Колесникова	Заведующий клинико-диагностической лабораторией

	Татьяна Ивановна	Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по лабораторной диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
11.	Смирнова Наталья Николаевна	Заведующий отделением анестезиологии Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный анестезиолог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
12.	Самойлова Ольга Витальевна	Заведующий отделением функциональной диагностики Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по функциональной диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
14.	Бессонов Дмитрий Анатольевич	Заместитель генерального директора по неонатологии Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства МЗ ДНР, главный внештатный неонатолог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
15.	Овчинникова Елена Александровна	Директор Республиканского специализированного центра медицинской генетики и пренатальной диагностики МЗ ДНР, главный внештатный специалист по генетике и пренатальной диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
16.	Данькина	Доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОО

	Илона Альбертовна	ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
17.	Мирович Евгений Давидович	Профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
19.	Яковлева Эльвира Борисовна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
20.	Вустенко Виталина Васильевна	Доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кандидат медицинских наук
21.	Мельников Александр Юрьевич	Заместитель главного врача по лечебной работе Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ ДНР
22.	Шаповалова Виктория Александровна	Заведующий акушерско-гинекологическим отделением Центральной городской больницы г. Докучаевска, главный внештатный акушер-гинеколог г. Докучаевска
23.	Хоменко Венера Альбертовна	Главный врач Перинатального центра г. Макеевки МЗ ДНР, главный внештатный акушер-гинеколог управления здравоохранения администрации г. Макеевки

24	Шкарбун Лариса Игоревна	Заведующий отделением ультразвуковой диагностики Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по ультразвуковой диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

Оглавление :

Раздел :

Ключевые слова

Список сокращений

Термины и определения

Классификация тазовых предлежаний плода

Шифр по МКБ-10

Эпидемиология

Актуальность проблемы

Этиология

Методы диагностики

Ведение беременности при тазовом предлежании плода 8

Наружный поворот плода на головку

Абдоминальные роды 14

Роды через естественные родовые пути 15

I период родов 18

период родов. Акушерские пособия при рождении ребенка 19

Тазовое предлежание при преждевременных родах 25

Тазовое предлежание при родах двойней 26

Организационные мероприятия для обеспечения ведения влагалищных родов в тазовом предлежании 27

Заключение 27

Приложение 1. Информированное добровольное согласие на наружный поворот плода при тазовом предлежании 28

Приложение 2. Уровни и степени доказательства 31

Приложение 3. Категории доказательств утверждений и классификации рекомендаций канадской целевой группы по вопросам медицинской помощи (Canadian Task Force on Preventive Health Care).

Приложение 4. Информация для пациенток.

Список литературы 35

II. Общая часть.

Ключевые слова:

- тазовое предлежание;
- ягодичное предлежание;
- ножное предлежание;
- наружный поворот плода;
- вагинальные роды;
- кесарево сечение.

Список сокращений

БЧСС - базальная частота сердечных сокращений;

ВПР - врожденные пороки развития;

КС - кесарево сечение;

КТГ - кардиотокография;

МКБ - международная классификация болезней;

ТП - тазовое предлежание;

УЗИ - ультразвуковое исследование.

Термины и определения

Тазовое предлежание *(praesentatio pelvica)* - предлежание, при котором ягодицы и/или ножки/ножка плода являются предлежащей частью.

Самопроизвольные роды в тазовом предлежании неосложненные - это роды одним плодом в тазовом предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребенок родился в тазовом предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Классификация тазовых предлежаний плода:

1. **Ягодичные предлежания:**

Чистое ягодичное предлежание **(неполное)** (встречается ***в 63,2-68% случаев) - ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных; предлежат только ягодицы плода.***

Смешанное ягодичное предлежание **(полное)** (встречается в **20,6-23,4%** случаев) - ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах; предлежат стопы и ягодицы.

2. **Ножное предлежание** (встречается в **11,4-13,4%** случаев):

- ***Неполное ножное предлежание*** - предлежат ягодицы и одна из ножек (стоп) плода. При этом одна ножка разогнута в тазобедренном и коленном суставе.
- ***Полное ножное предлежание*** - предлежат обе ножки (стопы) плода, при

этом обе ножки разогнуты в тазобедренных суставах.

• ***Коленное предлежание*** **-** предлежат колени (одно или оба) плода (редкая разновидность ножного предлежания).

В родах возможен переход одного вида тазового предлежания в другой.

Позиция плода при ТП определяется традиционно - по отношению спинки плода к левому **(I)** или правому **(II)** рёбрам матки, а вид - по отношению спинки к передней/задней стенке матки (соответственно передний или задний).

Шифр по МКБ-10

032.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери.

080.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании.

080.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды (в данном протоколе данный код МКБ подразумевает и иные роды в тазовом предлежании (помимо родов в чисто ягодичном предлежании): полное/неполное ножное предлежание, смешанное ягодичное предлежание и т.д.).

Эпидемиология

Частота тазового предлежания (ТП) плода при доношенной беременности составляет 3-5%.

Чем меньше срок, тем выше частота ТП. Так, при сроке беременности менее 28 недель и массе плода менее < 1000 г, частота ТП достигает 35%, в то время как в сроке 34-36 недель при массе плод 2000-2499 г, она не превышает 8%, снижаясь к сроку родов до 3-5%. Поэтому клинически важна диагностика в сроке 36 недель.

Актуальность проблемы

Роды в тазовом предлежании не относятся к патологическим. Однако, ассоциируются с увеличением перинатальной заболеваемости и смертности в виду более высокой частоты преждевременных родов, врожденных аномалий, асфиксии и травмы (уровень доказательности А).

Вопрос о способе родоразрешения при тазовом предлежании остается, по-прежнему окончательно нерешенным. Большинством РКП было показано, что запланированное КС снижает перинатальную заболеваемость и смертность по сравнению с влагалищными родами, что приводит к 2-5-кратному снижению перинатальной смертности и ранней неонатальной заболеваемости. Это привело к тому, что в ряде клиник кесарево сечение в плановом порядке является ведущим.

Однако, более поздние РКП показали, что строгие критерии отбора в группу вагинальных родов позволяют снизить материнскую заболеваемость, связанную с КС, при уровне перинатальной смертности не более 2 на 1000 родившихся. Поэтому в отделениях, где запланированное влагалищное родоразрешение является рутинной практикой и где соблюдаются строгие правила ведения родов, влагалищное родоразрешение при одноплодной беременности в тазовом предлежании является безопасным выбором по сравнению с кесаревым сечением. По данным мета-анализа Berhan Y. (2016) сделан вывод, что роды через естественные родовые пути имеют низкий абсолютный риск, не смотря на высокую частоту кесарева сечения при ТП (70-95%).

В связи с дискутабельностью вопроса о способе родоразрешения в большинстве развитых стран при диагностике тазового предлежания в сроке 36 недель беременной сначала предлагается наружный поворот (при отсутствии абсолютных противопоказаний) и только после неудачной попытки или отказа от манипуляции решается вопрос о методе родоразрешения.

Наружный поворот плода на головку

Показано, что наружный поворот плода на головку значительно снижает частоту родов в ТП и частоту кесарева сечения, но не влияет на перинатальную заболеваемость и смертность.

Наружный поворот может быть осуществлен только в условиях, где имеется возможность выполнить экстренное кесарево сечение. Согласно мета-анализу

Grootscholten K. (2008), риск антенатальной смерти при наружном повороте плода на головку составляет 1 на 5000 процедур, риск серьезных осложнений - 6,1%. Потребность в экстренном кесаревом сечении колеблется от 0,35% до 0,5%

Протокол рекомендует наружный поворот не ранее 34 недель гестации. Наиболее оптимальным сроком для наружного поворота при тазовом предлежании является срок 36 недель для первородящих и срок после 37 недель - для повторнородящих (Уровень доказательности В-2Ь).

Большие многоцентровые рандомизированные исследования показали, что наружный поворот плода на головку в более ранних сроках (в 34-35 недель гестации) по сравнению с 37 неделями и более, увеличивает вероятность родов в головном предлежании с 41,1% до 49,1% и почти не влияет на частоту кесарева сечения (52% и 56%>) и преждевременных родов (6,5% по сравнению с 4,4%), а также не имеет различий в оценке новорожденных по шкале Апгар и не влияет на перинатальную смертность.

Этиология ТП

1. Сужение таза, аномальная форма таза.
2. Пороки развития матки (двурогая, седловидная, с перегородкой).
3. Чрезмерная или ограниченная подвижность плода (первобеременные, многорожавшие).
4. Многоводие или маловодие.
5. Многоплодная беременность.
6. Новообразования внутренних половых органов (миоматозные узлы, опухоли придатков).
7. Патология плацентации (полное или неполное предлежание плаценты).
8. Пороки развития матки.
9. ВПР плода (анэнцефалия, гидроцефалия).
10. Короткая пуповина.
11. Синдром задержки роста плода.

Методы диагностики

Наружное акушерское исследование.

- Влагалищное исследование.
- УЗИ.
- МРТ, КТ (не является рутинной процедурой).
- Рентгенопельвиометрия (не является рутинной процедурой)[1].

Признаки тазовых предлежаний при наружном и влагалищном исследованиях:

- высокое стояние дна матки, так как тазовый конец плода высоко расположен над входом в таз;
- головка плода (округлое плотное баллотирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (крупная, неправильной формы, не баллотирующая предлежащая часть) - над входом в таз, что определяют при пальпации живота беременной;
- сердцебиение плода выслушивают на уровне пупка или выше.

Во время родов данные влагалищного исследования:

- при ягодичном предлежании предлежащая часть мягкая, можно прощупать щель между ягодицами, крестец, половые органы плода;
- при чистом ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб;
- при смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу, по локализации крестца уточняют позицию и вид;
- при ножных предлежаниях определяется ножка или ножки плода.

Ультразвуковое исследование

УЗИ при тазовом предлежании наиболее информативно и должно включать определение следующих параметров:

Рентгенопельвиометрия не улучшает исходы, магнитнорезонансная пельвиометрия снижает частоту неотложных кесаревых сечений, КТ пельвиометрия улучшает перинатальные исходы. Тем не менее, нет

необходимости в проведении рутинной радиологической пельвиометрии (уровень доказательности В)

- вид тазового предлежания плода (полное, неполное);
- подсчет предполагаемой массы плода;
- количество вод (амниотический индекс);
- локализация плаценты;
- описание пуповины (расположение, обвитие вокруг шеи плода);
- аномалии развития плода;
- определение степени разгибания головки плода[1] (согнута, разогнут
- , нейтральное положение) и запрокидывания ручек;
- допплерометрия магистральных сосудов плода.

Ведение беременности при тазовом предлежании плода

Клинически важно подтверждение тазового предлежания в 36 недель. Однако около 8% плодов совершают самопроизвольный поворот на головку и после 36 недель.

При подтверждении тазового предлежания в 36 недель необходимо:

• Провести консультирование в консультативно-диагностическом отделении перинатального центра.

• При отсутствии противопоказаний пациентке должен быть предложен наружный акушерский поворот.

• Следует ознакомить пациентку с рисками, связанными с родами в тазовом

[1]**Угол измеряется между позвоночником и затылочной костью головки плода: головка согнута (угол больше 110°), головка слабо разогнута («поза военного») - I степень разгибания (угол от 100 до 110°), головка умеренно разогнута - II степень разгибания (угол от 90 до 100°), чрезмерное разгибание головки («смотрит на звезды») - III степень разгибания (угол меньше 90°).**

предлежании, и медицинскими вмешательствами, позволяющими снизить этот риск, о методах родоразрешения и их рисках в плане материнской заболеваемости, о потенциальных учреждениях родовспоможения, на базе которых возможно родоразрешение пациенток с тазовым предлежанием плода (не ниже второго уровня и т.д. (см. Приложения 1 и 2: Информация для пациентов).

Женщина должна быть проинформирована:

• Плановое кесарево сечение ведет к небольшому уменьшению перинатальной смертности в сравнении с плановыми родами в тазовом предлежании. Любое решение о проведении кесарева сечения должно быть рассмотрено с позиций возможных побочных последствий операции.

• Уменьшение риска перинатальной смертности обусловлено тремя факторами: исключением риска мертворождения после 39 недель беременности, исключением рисков, обусловленных процессом родов; исключением рисков, обусловленных вагинальными родами в тазовом предлежании.

• Риск перинатальной смертности при вагинальных родах в тазовом предлежании составляет около 2/1000 родов, при кесаревом сечении после 39 недель беременности 0,5/1000 родов. При родах в головном предлежании **1/1000.**

• Вагинальные роды в тазовом предлежании увеличивают риск низкой оценки по шкале Апгар и серьезных осложнений в раннем неонатальном периоде, но нет указаний на увеличение частоты осложнений в отдаленном периоде.

• Плановое кесарево сечение в доношенном сроке при тазовом предлежании сопровождается незначительным увеличением частоты ближайших осложнений для матери по сравнению с плановыми вагинальными родами.

• Осложнения для матери наименьшие при удачно завершившихся вагинальных родах, плановое кесарево сечение увеличивает риск, но наибольший риск имеется при экстренном кесаревом сечении, которое требуется примерно у 40% женщин с плановыми вагинальными родами.

• Кесарево сечение увеличивает риск осложнений при будущих беременностях, включая риски попытки родов через естественные родовые пути, повышенный риск осложнений повторной операции кесарева сечения и риски нарушения прикрепления плаценты.

• Женщине должна быть дана индивидуализированная оценка последующих рисков кесарева сечения, основанная на индивидуальном профиле и репродуктивном прогнозе, и соответствующая консультация.

Неэффективно (уровень доказательности IA):

• Постуральная гимнастика для уменьшения частоты тазового предлежания к моменту родов (уровень доказательности I).

• Нет признанных *эффективных* методик для поворота плода на головку.

Наружный поворот плода на головку

В ряде стран для устранения тазового предлежания плода широко применяется наружный поворот на головку, эффективность которого крайне вариабельна и колеблется от 30 до 80%. В среднем частота успешных попыток достигает 40% у первородящих и 60% - у повторнородящих. При успешном наружном повороте плода на головку спонтанная реверсия может достигать 5% (уровень доказательности IA)

NB! Настоящий протокол рекомендует проводить наружный поворот плода на головку ***только подготовленными специалистами*** ввиду серьезности его осложнений (отслойка плаценты; дистресс-синдром плода; фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация) и т.д.

• Женщинам с тазовым предлежанием в сроке 36 недель следует предложить наружный поворот плода на головку при отсутствии противопоказаний. Они должны быть предупреждены о его рисках, преимуществах и последствиях для способа родоразрешения (уровень доказательности A).

• Пациентки, которые имеют тазовое предлежание после неудачной

попытки наружного поворота плода на головку или отказались от этой манипуляции, должны быть проконсультированы о рисках и преимуществах плановых вагинальных родов в тазовом предлежании по сравнению с планируемым кесаревым сечением (GPP).

• При сохранении тазового предлежания плода к моменту родов беременной должна быть ***повторно*** предоставлена информация о возможных способах родоразрешения, о преимуществах и рисках, связанных с каждым из них.

• В результате консультирования должно быть получено ***письменное информированное добровольное согласие на выбранный метод родоразрешения.***

Родоразрешение осуществляется только в стационарах не ниже второй группы. При отсутствии спонтанного поворота плода на головку необходимо обследование и коллегиальный выбор тактики ведения родов в условиях информированного добровольного согласия пациентки на избранный метод родоразрешения.

Наружный поворот плода на головку

Цель - перевод тазового предлежания плода в головное.

1) **Модель пациента:** первородящая женщина (от 36 недель и более) или повторнородящая (от 37 недель и более) с одноплодной неосложненной беременностью и неполным тазовым предлежанием плода до начала родов при отсутствии противопоказаний для выполнения наружного поворота и давшая письменное информированное добровольное согласие.

Штат: врач акушер-гинеколог, владеющий техникой наружного поворота плода на головку и операцией кесарево сечение, акушерка, врач УЗИ, анестезиологическая служба.

Место проведения: акушерский стационар 2-3-ей группы с возможностью выполнения экстренного кесарева сечения (уровень доказательность 1А).

Оснащение: Токолиз с использованием бета-адреномиметиков. Использование бета-адреномиметиков увеличивает число успешных попыток (уровень доказательности I). Однако нет необходимости в рутинном использовании бета-адреномиметиков (особенно у повторнородящих).

- Фетальный кардиомонитор.
- Аппарат УЗИ.
- Готовность к экстренному кесареву сечению.
- Для резус-отрицательных беременных - наличие лабораторной базы для определения резус-антител в крови и наличие анти-резус иммуноглобулина.

Документация

- Обменная карта беременной.
- Информация для пациентки и протокол информированного добровольного согласия.
- Протокол и алгоритмы наружного акушерского поворота и УЗИ.
- Лист регистрации порядка выполнения процедуры и наблюдения за пациенткой.
- Ленты-записи КТГ.

Условия для наружного акушерского поворота

- Срок аттестации не менее 36 недель.
- Отсутствие противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути.
- Удовлетворительное состояние плода (кардиотокография - нестрессовый тест, допплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины и

средней мозговой артерии плода, маточных артериях.

- Адекватное количество амниотической жидкости.
- Возможность экстренного абдоминального оперативного родоразрешения.

Абсолютные противопоказания к проведению наружного акушерского поворота:

- Планируемое оперативное родоразрешение путем кесарева сечения по другим показаниям (предлежание плаценты, анатомическое сужение таза, тяжёлая экстрагенитальная патология и т.д.).
- Кровотечения второй половины беременности или последние 7 дней.
- Противопоказания к приему бета-адреномиметиков (тиреотоксикоз, аритмия, болезни сердца, при которых использование препаратов этой группы противопоказано).

Патологическая/пограничная КТГ, нарушение кровотока в системе мать-плацента-плода по данным допплерометрического исследования.

- Маловесный к сроку гестации с аномальными показателями допплерометрии.
- Аномалии матки, опухоли матки или ее придатков, препятствующие повороту.
- Многоплодие (кроме поворота второго плода).
- Рубец на матке.
- Грубые пороки развития плода, мертвый плод.
- Разгибание головки плода.
- Обвитие пуповины вокруг шеи плода.
- Тяжелая преэклампсия или высокая артериальная гипертензия.
- Разрыв плодных оболочек.

Относительные противопоказания:

- Синдром задержки роста плода с патологическими параметрами

допплерометрии.

- Преэклампсия с протеинурией или значительная артериальная гипертензия.
- Маловодие, многоводие.
- Неустойчивое положение плода.

Возможные осложнения при проведении акушерского поворота

- Преждевременная отслойка плаценты.
- Преждевременные роды.
- Дородовое излитие околоплодных вод.
- Разрыв матки.
- Фето-материнская трансфузия (резус-иммунизация).
- Эмболия околоплодными водами.
- Преходящая брадикардия плода.
- Дистресс плода.

Предикторы успешного наружного акушерского поворота:

- Многорожавшие.
- Абдоминальная пальпация головки.
- Низкий индекс массы тела матери.
- Расположение плаценты на задней стенке.
- Чисто ягодичное предлежание.
- Амниотический индекс более 10 см.

Порядок выполнения

NB! Осуществлять постоянный вербальный контакт с пациенткой.

1. Подтвердить тазовое предлежание и местоположение пуповины относительно шеи плода по УЗИ. Наличие пуповины рядом с шеей не является противопоказанием. УЗИ должно быть выполнено не позже, чем за 24 часа до процедуры.

2. Получить письменное информированное добровольное согласие

пациентки.

3. Оценить и записать исходные данные матери: пульс, дыхание и АД.

4. Выполнить КТГ в течение 20 минут.

5. Антациды: ранитидин 150 мг перорально, однако, нет необходимости рутинного выполнения данной процедуры.

6. Использование токолитиков (повышает вероятность успешного поворота) (уровень доказательности А): 10 мкг (1 ампула по 2 мл) гексопреналина сульфата развести в 10 мл изотонического раствора и ввести болюсно в течение 5-10 минут, с последующим 10-минутным контролем пульса, АД матери и ЧСС плода (КТГ). При увеличении ЧСС у матери более 140 уд/мин инфузию гексоприналина следует прекратить.

7. Через 30 минут после токолиза (или когда пульс матери станет > 100 уд/мин) выполнить наружный поворот плода:

8. Оснований использовать рутинно острый токолиз нет, особенно у повторнородящих.

Условия: опорожнить мочевой пузырь, положение женщины на боку, под углом 10-15 градусов (для профилактики синдрома нижней полой вены). Можно успешно выполнить поворот и на спине, главное, чтобы женщине было удобно лежать и не развивался синдром сдавления нижней полой вены.

Техника:

- движения должны быть постоянными и длительными;
- пациентку просят во время процедуры расслабиться и глубоко дышать;
- процедура может сопровождаться дискомфортом, но не должна вызывать резких болезненных ощущений. Выраженная болезненность может быть причиной для остановки процедуры;
- периодически (не менее 2 раз за 5 минут) контролировать сердцебиение плода - ***при появлении брадикардии процедуру следует немедленно остановить;***

- если ЧСС плода возвращается к норме, то процедуру продолжают. Если нормальный ритм не восстанавливается - вернуть плод в исходное положение, а пациентку перевести в операционную для немедленного родоразрешения путем КС;

• продолжительность процедуры не должна быть более 5 минут;

• после неудачной попытки поворота: прекратить процедуру и запланировать элективное кесарево сечение.

Возможные осложнения при проведении наружного акушерского поворота плода:

• Преходящая брадикардия плода.

• Дистресс плода.

• Отслойка плаценты.

• Фето-материнская трансфузия.

• Дородовое излитие околоплодных вод.

Наблюдение после завершения процедуры:

• Выполнить УЗИ: оценить, успешен ли поворот и расположение пуповины.

• КТГ в течение 30-40 минут.

• В течение 30 минут контролировать у матери пульс, АД, болевые ощущения, вагинальные выделения (сразу после окончания процедуры, затем через 15 минут).

• Если женщина резус-отрицательная, не имеет RhD-антител и ей ранее не проводилась профилактика резус-сенсибилизизации, следует профилактически ввести антирезусный иммуноглобулин 625 МЕ.

• Можно отпустить женщину домой через 2 час после процедуры при условии:

- результаты наблюдения за матерью нормальные;

- нормальный реактивный тип КТГ;

- нет признаков начавшихся родов, аномальных вагинальных выделений

или болей в животе.

NB! **Женщине следует рекомендовать срочно обратиться за медицинской помощью, если возникнут любые из этих нарушений или нарушения двигательной активности плода.**

Абдоминальные роды

Показания к выполнению планового кесарева сечения:

- экстрагенитальные заболевания, требующие выключения потуг;
- выраженное нарушение жирового обмена – ожирение (ИМТ >35 кг/м^2);
- бесплодие (решается индивидуально);
- пороки развития внутренних половых органов матери;
- сужение размеров таза;
- рубец на матке;
- предполагаемая масса плода менее 2500 г или более 3600 г;
- разгибание головки III степени по данным УЗИ и/или запрокидывание ручек плода;
- ножное предлежание плода;
- при многоплодии: любой вид тазового предлежания первого плода при двойне;
- отказ женщины от родов через естественные родовые пути.

Алгоритм действий при планировании КС

- Для родоразрешения методом кесарева сечения назначается обследование в объеме, соответствующем плановой операции.
- Рекомендуемый срок родоразрешения оперативным путем ***не ранее 39 недель гестации***. Если у пациентки с запланированным оперативным родоразрешением роды начнутся раньше запланированного срока, следует выполнить экстренное кесарево сечение, по возможности, с применением УЗИ, подтверждающим тазовое предлежание плода.

• Перед операцией необходимо проинформировать женщину о необходимости кесарева сечения и возможных рисках для неё и плода.

• При плановой госпитализации для подтверждения тазового предлежания необходимо выполнить УЗИ непосредственно перед родоразрешением. Женщина должна быть проинформирована, что в случае обнаружения головного предлежания и отсутствия других показаний для кесарева сечения (кроме тазового предлежания), операция будет отменена, и ей могут предложить вернуться домой и ожидать спонтанного наступления родов.

• При отсутствии дополнительных показаний со стороны матери и/или плода беременная с тазовым предлежанием поступает на оперативное родоразрешение накануне или в день назначенной даты операции и проходит подготовку в соответствии с протоколом «Кесарево сечение».

Женщина должна быть заранее проконсультирована врачом-анестезиологом для выбора метода анестезии.

Операция кесарева сечения проводится по обычной методике. Хирургом должен быть назначен врач, имеющий опыт выполнения подобных операций.

Роды через естественные родовые пути

NB! ***Роды через естественные родовые пути должен вести только врач, имеющий опыт ведения родов в тазовом предлежании плода и способный оказать пособия при их осложнениях.***

Вагинальные роды в тазовом предлежании должны проводиться в учреждении не ниже второй группы с готовностью к экстренному кесареву сечению.

Влагалищные роды в ТП в учреждении 1 группы возможны только в экстренной ситуации, например:

• Быстрые роды, когда нет времени для перевода женщины или кесарева сечения.

Условия для родов в тазовом предлежании через естественные родовые пути:

• отсутствие сужения таза и других причин, препятствующих неосложненным родам, как в головном, так и тазовом предлежании;

• отсутствие синдрома задержки роста плода, гипоксии плода;

• предполагаемая масса плода не менее 2500 и не более 3600 г.;

• предлежание ягодичное (полное или неполное);

• отсутствует разгибание головки и/или запрокидывание ручек;

• нет в анамнезе кесарева сечения.

Неблагоприятные факторы для влагалищных родов

Сам по себе диагноз тазовое предлежание не является противопоказанием к вагинальным родам (уровень доказательности С). Однако неблагоприятными факторами при влагалищном родоразрешении являются:

Наличие общих (не связанных с тазовым предлежанием) противопоказаний для вагинальных родов (например, субкомпенсированное/ декомпенсированное состояние плода).

• Отсутствие специалиста, имеющего опыт принятия родов в тазовом предлежании.

• Полное (неполное) предлежание плаценты, предлежание пуповины (С-4).

• Ножное предлежание (за исключением, если женщина поступила во 2 периоде родов с адекватной родовой деятельностью) (уровень доказательности IV).

• Разгибание головки плода и/или запрокидывание ручек, подтвержденное УЗИ (D-5).

• Предполагаемый вес плода: < 2000-2500 г (B-2Ь) или > 3600-3800 г (в зависимости от роста и размеров таза женщины) (B-2b).

• Особенности строения плода, которые могут вызвать механические трудности.

• Ожирение (ИМТ >35 кг/м^2).

• Отказ беременной от родов через естественные родовые пути.

Основные принципы ведения вагинальных родов

Нормальные роды в тазовом (чисто ягодичном или смешанном) предлежании предполагают:

1) постоянное мониторирование состояния плода;
2) максимальное сохранение плодного пузыря;
3) нормальный характер родовой деятельности и скорость раскрытия шейки матки;
4) активное участие роженицы во втором периоде родов;
5) оказание акушерского пособия;
6) оказания классического ручного пособия;
7) ведение третьего периода родов и послеродового периода.

При вагинальных родах не рекомендованы:

1) инвазивный фетальный мониторинг;
2) рутинная эпидуральная анальгезия;
3) индукция родов проводится ***в исключительных случаях по коллегиальному решению специалистов*** (В-3Ь);
4) активное «растуживание» женщины до того, как предлежащая часть не опуститься на тазовое дно.

При поступлении пациентки:

• По возможности необходимо с помощью УЗИ оценить положение и вес плода, расположение ножек, состояние головки (есть ли разгибание) и шеи (есть обвитие пуповиной), исключить запрокидывание ручек.

• Планируемые вагинальные роды в ТП следует проводить в стационаре, где в случае необходимости экстренное кесарево сечение должно быть выполнено в течение ближайших 30 минут (уровень доказательности I-B).

• У женщин с незапланированными вагинальными родами в ТП тактика их ведения зависит от периода родов, наличия или отсутствия факторов риска

развития осложнений, подтвержденных соответствующими клиническими исследованиями и наличия ***письменного*** информированного добровольного согласия пациентки на роды per vias naturales (уровень доказательности рекомендаций С).

• Родильницам в конце первого/начале второго периода родов или в активном втором периоде родов не должно настойчиво предлагаться кесарево сечение.

• Все родильные отделения должны обеспечить квалифицированную помощь при вагинальных родах в ТП и иметь разработанные протоколы ведения таких родов.

•

I период

Первый период родов ведется по протоколу нормальных родов.

• С началом самопроизвольных родов желательно провести контрольное УЗИ (см. выше).

• Положение пациентки в родах - постельный режим на боку, а после излития околоплодных вод (при не прижатом тазовом конце) - строгий постельный режим с постоянным мониторированием (уровень доказательности С).

• Удовлетворительный прогресс родов: I период - раскрытие шейки матки в среднем не менее 1 см/час. Ведение партограммы обязательно.

• В родах показан непрерывный кардиомониторный контроль состояния плода (уровень доказательности С) и (уровень доказательности IA). ЧСС плода менее 100 и более 180 уд/мин при родах в тазовом предлежании является показанием к кесареву сечению. При выявлении начальных признаков гипоксии плода также целесообразно рассмотреть вопрос об оперативном абдоминальном родоразрешении.

• Не рекомендуется забор крови из ягодиц плода во время родов (уровень доказательности С).

• Влагалищное исследование проводится строго по показаниям.

• В отличии от родов в затылочном предлежании при родах в тазовом предлежании кесарево сечение должно быть выполнено на любом этапе при отсутствии прогресса (уровень доказательности С, уровень доказательности II-IA) и отсутствии условий для экстракции плода за тазовый конец, а также начальных признаках гипоксии плода.

• Амниотомия должна проводиться по строгим клиническим показаниям, так как повышает риск выпадения и сдавления пуповины (уровень доказательности 2-). Необходимости в проведении рутинной амниотомии при родах в тазовом предлежании нет (уровень доказательности С).

• Мониторинг сократительной деятельности матки при излитии околоплодных

• вод, перед- и после обезболивания обязателен.

Слабость родовой деятельности, осложнения со стороны плода и/или матери - показание к КС.

Влагалищный осмотр после отхождения околоплодных вод обязателен.

• Родостимуляция не рекомендуется. Введение окситоцина допускается только при редких схватках (менее 4 за 10 минут) на фоне эпидуральной анальгезии (уровень доказательности рекомендаций С). При излившихся околоплодных водах при ТП использование окситоцина показано для профилактики слабости родовых сил в активную фазу родов.

• В родах не должна рутинно использоваться перидуральная анестезия (Уровень доказательности С). По возможности её следует максимально избегать, поскольку она снижает рефлекторный ответ тазового дна, играющий важную роль в сохранении нормального биомеханизма родов при ТП. Предпочтение следует отдать медикаментозному виду анестезии.

• В родах при тазовом предлежании оказание пособия при рождении ягодиц обязательно.

• Присутствие анестезиолога и неонатолога во втором периоде родов обязательно.

II период родов

• Во втором периоде родов опускание ягодиц на тазовое дно должно происходить пассивно без активных потуг роженицы (уровень доказательности С). Если отмечена остановка опускания предлежащей части плода в следствии диспропорции размеров плода и таза матери, целесообразно обсудить показания к кесареву сечению (уровень доказательности С).

• Если ягодицы пассивно не опустились на тазовое дно в течение 2 часов второго периода родов, рекомендовано выполнить кесарево сечение (уровень доказательности 2-).

• Продолжительность латентной стадии II периода родов (без активных потуг) не > 90 мин. Продолжительность активных потуг - не > 60 мин (А-Ia).

В клинических протоколах всех профессиональных медицинских сообществ нет данных о введении атропина сульфата с целью предупреждения спазма шейки матки во время рождения головки.

• Мониторинг КТГ продолжается непрерывно (А-Ia).

• Нет необходимости в рутинной эпизиотомии. Эпизиотомия может быть проведена, если это необходимо для оказания помощи в родах (С-4).

Пособие при рождении ребенка

Необходимо присутствие ассистента, имеющего опыт приема родов в тазовом предлежании.

На родах должен присутствовать врач-неонатолог, владеющий навыками оказания реанимационной помощи в полном объеме.

Рекомендуемое положение - литотомическое (С-4);

Ягодицы плода должны самостоятельно опуститься до тазового дна без активных потуг.

* При рождении ягодиц, только поддерживайте их, не оказывая никаких дополнительных тракций ***(не тянуть***!) - позвольте ягодицам рождаться самостоятельно, пока не будет видно нижнюю часть спины и затем нижний угол лопаток.

• В отечественной клинической практике при родах в чистом ягодичном предлежании после прорезывания ягодиц используют ручное акушерское пособие по Н.А. Цовьянов.

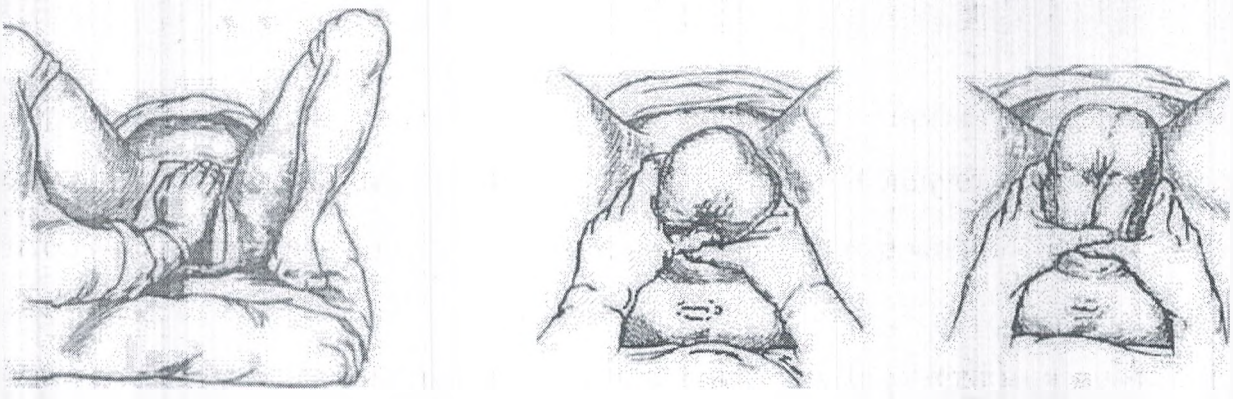
Цель пособия по Цовьянову - сохранение нормального членорасположения плода и предупреждение развития таких серьезных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки.

При ножном предлежании должно быть использовано **ручное пособие по Цовьянову при чисто ножном предлежании** (рис. 2). Основная цель - перевод чисто ножного предлежания в смешанное, что способствует увеличению объема предлежащей части плода и профилактике разгибания головки плода.

Техника выполнения пособия по Цовьянову: ножки при рождении плода 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. При прорезывании ягодиц их захватывают обеими руками так, чтобы большие пальцы легли на прижатые к животу бедра плода, а остальные пальцы - на поверхности крестца. Благодаря такому расположению рук, удобно способствовать физиологическому течению механизма родов - движению рождающегося туловища вверх, по оси родового канала (рис. 1 а). По мере рождения туловища плода врач, держа руки у вульварного кольца, придерживает

корпус плода, осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы, перемещая по спинке. Следует стремиться к тому, чтобы ножки плода не выпали раньше, чем родится плечевой пояс (рис. 1 б).

Рисунок 1. Ручное пособие при чисто ягодичном предлежании по методу



а б

Цовьянова

Рисунок 2. Ручное пособие при ножном предлежании.

• После рождения плода до пупка, роды следует вести активно:

- во-первых, в этот момент происходит натяжение и прижатие пуповины головкой, вступившей в таз;

- во-вторых, при вступлении головки в полость таза и уменьшении объема матки возможны преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и острая гипоксия плода;

- на этом этапе необходимо избегать тракций и манипуляций пока плод рождается от пупка: необходимо только ослабить петли пуповины, если она находится в натянутом состоянии. При сильном натяжении пуповины, препятствующем продвижению туловища и головки, пуповину нужно пересечь

между двумя зажимами и ускорить рождение ребенка;

- следует поддерживать туловище ребенка, завернув его в сухую теплую пеленку.

При удлинении времени от рождения плода от нижних углов лопаток до рождения головки более 2-3 минут, может быть оказано классическое ручное пособие при рождении головки.

Рождение ручек:

Следует стремиться, чтобы ручки высвободились самостоятельно, одна за другой. После самостоятельного рождения первой ручки необходимо поднять ягодицы вперед к животу матери для того, чтобы дать возможность второй ручке родиться самостоятельно. Если ручка не рождается самостоятельно, необходимо положить один или два пальца на локтевой сгиб и согнуть ручку, проведя ее вниз через лицо ребенка.

Если после рождения плечиков ручки не выпадают сами, плечевой пояс устанавливают в прямом размере таза и отклоняют туловище плода вниз (кзади). При этом рождается передняя ручка. Для рождения задней ручки туловище плода приподнимают (отклоняют вверх и кпереди). Одновременно с рождением ручки, обращенной кзади, выпадают ножки плода, из половой щели прорезывается подбородок.

- ***При задержке рождения ручек*** и головки плода после рождения туловища оказывают ***классическое ручное пособие по выведению ручек плода***

Рисунок 3

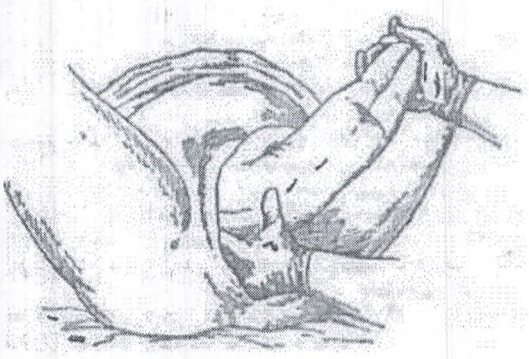
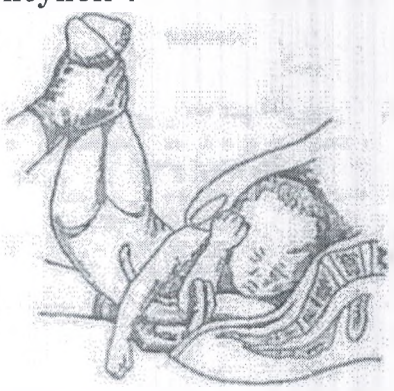


Рисунок 4



(рис. 3 и 4):

S 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;

S если запрокидывание ручки произошло в задней позиции плода (грудь и подбородок кпереди), то высвобождать начинают ту ручку, которая располагается ближе к крестцовой впадине (можно туловище плода немного потянуть или отведением туловища вверх и в сторону);

S для освобождения второй ручки туловище плода поворачивают на 180°. 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. Врач надавливает на локтевой сгиб двумя пальцами и ручка, совершая «омывательное движение», рождается. Затем двумя руками акушер захватывает грудную клетку плода (четыре пальца-спереди, большой - сзади) и поворачивает её на 180°, проводя спинку под лонным сочленением. Передняя ручка плода при этом становится задней и освобождается одноименной рукой акушера, как и первая.

Рождение головки

- Для облегчения рождения последующей головки ассистент надавливает над лоном для сгибания головки, врач при этом поднимает туловище плода к симфизу матери (метод Брахта - одобрен для использования в Европе (уровень доказательности 3);

- если при этом рождение головки не произошло, нужно применить приемы Мориссо-Левре-Лашапель или Вейта-Смелли;

- если и при этом рождение головки не произошло, то целесообразно наложение щипцов на последующую головку (уровень доказательности ШВ).

Техника:

- обернуть тельце ребенка пеленкой;

- ложки щипцов располагают в поперечном размере. Ложки вводят, как и при затылочных предлежаниях выходных щипцов;

- при введении левой ложки, тельце ребенка отводят вправо, при введении правой - наоборот;

- тракции кзади и книзу (пока не образуется точка фиксации под лоном), потом кпереди. Наложение щипцов на последующую головку плода и её рождения **может проводить только специально подготовленный врач** (уровень доказательности 3).

Необходимости в рутинном проведении экстракции плода за тазовый конец нет (уровень доказательности III С) в виду высокого риска осложнений со стороны матери и плода (уровень доказательности II-2А). Исключение составляют острый дистресс-синдром плода, интранатальное кровотечение, угрожающее матери и плоду, при наличии условий для выполнения экстракции плода за тазовый конец.

Изгнание плечевого пояса и головки должно произойти в ближайшие 3-5 мин. Задержка рождения плода более 5-6 мин чревата развитием острой гипоксии и интранаталъной гибелью плода .

Осложнения II периода родов:

Запрокидывание ручек - это нарушение типичного членорасположения ручек, когда ручки отходят вверх к головке. Такое осложнение возникает при преждевременном потягивании за ножки. Различают три степени запрокидывания ручек:

I степень - располагается спереди лица плода.

II степень - по бокам головки.

III степень - запрокинуты за затылок.

Рождение туловища в задней позиции - происходит поворот туловища

спинкой кзади. Ситуация чревата осложнением - разгибание головки, когда подбородок застревает поверх лона. Однако если головка сохраняет свое максимально согнутое положение, то роды заканчивают благополучно по механизму: область корня носа упирается в лонную дугу, а затылок ротируется над промежностью.

Во всех перечисленных случаях могут быть использованы акушерские приемы (уровень доказательности IV С):

1) При задержке вставления последующей головки - давление выше лобка ассистентом для сгибания головки. Также может быть использован прием Морисо-Смелли-Вейта (продвижение головки выше и поворот в косой размер для облегчения вставления).

2) При запрокидывании ручек выполняется пособие низведения ручек или используется прием Ловсета.

3) Возможно освобождение последующей головки при помощи акушерских щипцов, проведения прием Морисо-Смелли-Вейта I или II, метода Бернс-Маршала.

4) При необходимости тракций при приеме Морисо-Смелли-Вейта, целесообразно наложение акушерских щипцов.

5) При разгибании головки оптимален прием Виганд-Мартин-Винкеля: врач вводит в таз пальцы руки, потягиванием за нижнюю челюсть пытается восстановить сгибание головки в поперечном положении, а другой рукой нажимает на переднюю брюшную стенку с целью вытолкнуть головку.

Если разогнутая головка зацепилась подбородком за лоно, и нет возможности ввести руку в полость таза, давлением над лоном способствуют рождению головки, приподнимая при этом туловище ребенка кверху. Сначала рождается затылок, а потом и подбородок.

Тазовое предлежание при преждевременных родах.

В настоящее время ведется много дебатов относительно способа

родоразрешения при тазовом предлежании в сроки менее 34 недель беременности. **В каждом конкретном случае решение должно приниматься коллегиально**.

Женщину необходимо проинформировать о том, что:

• Кесарево сечение при преждевременных родах с тазовым предлежанием плода не является обязательным. Способ родоразрешения должен быть выбран в зависимости от периода родов, варианта тазового предлежания, состояния плода и наличия врача, имеющего навыки ведения вагинальных родов в ягодичном предлежании (уровень доказательности С).

• Не рекомендуется кесарево сечение при тазовом предлежании на сроках 22-25^{+6} недель беременности (уровень доказательности С).

• В сроке 26-29^{+6} нед. предпочтительно кесарево сечение (уровень доказательности IV).

• Кесарево сечение при преждевременных родах рекомендуется, если помимо тазового предлежания есть показания со стороны матери и/или плода (GPP).

• До 25% всех преждевременных родов обусловлены осложнениями беременности, такими как преэклампсия, задержка роста плода, антенатальное кровотечение. У женщин, требующих запланированного досрочного родоразрешения в тазовом предлежании по показаниям со стороны матери и/или плода, рекомендуется кесарево сечение (уровень доказательности 4).

• Показатели перинатальной заболеваемости зависят от срока и причин преждевременных родов, то есть определяются собственно недоношенностью, и не зависят от способа родоразрешения (уровень доказательности 3). Чем ниже масса плода (< 1500 г), тем хуже исходы для плода, независимо от вида родоразрешения (уровень доказательности 2-).

Тактика родоразрешения

• Поскольку отсутствуют убедительные доказательства эффективности

кесарева сечения при преждевременных родах в тазовом предлежании, решение о способе родоразрешения принимает опытный врач на основе полной оценки клинической ситуации после обсуждения ситуации с женщиной и её партнером. Очень важен период родов: течение преждевременных родов в ТП может быть длительное и непредсказуемое, а быстрое кесарево сечение может препятствовать полноценному эффекту стероидов для профилактики РДС плода, а также нейропротективному действию сернокислой магнезии.

• Непосредственно перед кесаревым сечением необходимо оценить положение ягодиц плода, чтобы избежать неудачной ситуации, когда туловище плода находится во влагалище (уровень доказательности 4).

• Влагалищные преждевременные роды в тазовом предлежании должны вестись как роды в срок (уровень доказательности С).

• В настоящее время недостаточно доказательной базы относительно ведения вагинальных преждевременных родов в тазовом предлежании.

• Следует избегать амниотомии.

• Проблема, с которой сталкиваются при влагалищных преждевременных родах в тазовом предлежании, является рождение туловища плода при неполном раскрытии шейки матки (частота 14%).

• При кесаревом сечении после извлечения туловища может также произойти ущемление головки плода (частота, как при вагинальных родах, около 14%).

• Если произошло ущемление головки плода, при влагалищных родах можно выполнить разрезы на шейке матки (Британская коллегия акушеров-гинекологов рекомендует производить разрезы на 2-х, 6-ти и 10-ти часах); при кесаревом сечении следует дополнительно произвести вертикальный разрез на матке (J-образный или инвертированный Т-образный) (уровень доказательности 3) с токолизом или без него (уровень доказательности D).

• Крупномасштабное исследование в 2007 году в Швеции (2674 женщин) продемонстрировало сокращение смертности недоношенных новорожденных

при кесаревом сечении вдвое (уровень доказательности 2-). По данным систематического обзора 2014 года, взвешенный риск смертности новорожденных при преждевременных родах составлял 3,8% при кесаревом сечении и 11,5% при вагинальных родах.

• У женщины после кесарева сечения в сравнении с вагинальными родами чаще возникала лихорадка (ОР 2.98, 95% ДИ 1.18-7.53), никаких других существенных различий в материнской заболеваемости в зависимости от способа родоразрешения при ТП не выявлено (уровень доказательности 2).

Тазовое предлежание при родах двойней

• В настоящее время недостаточно доказательств относительно тактики ведения вагинальных родов двойней и ТП плода. Вагинальные роды ассоциированы с высоким риском сцепления близнецов. В связи с этим не следует менять практику планового кесарева сечения при двойне и ТП первого плода в сроки от 37 недель беременности (уровень доказательности рекомендаций 1+).

• Около половины всех беременных с двойней рожают досрочно, поэтому решение относительно способа родоразрешения должно быть принято заблаговременно. Если преждевременные роды не произошли, рекомендуется родоразрешение в 37 недель беременности.

• Предлежание второго плода при родах двойней не всегда предсказуемо. Шанс головного предлежания второго плода может быть повышен при фиксации его головки у входа в таз матери сразу после рождения первого плода. Некоторые врачи предпочитают ускорять рождение второго плода внутренним поворотом на ножку и быстрым его извлечением в ТП. В настоящее время нет доказательств, какой метод является самым безопасным.

• Если после рождения первого плода диагностировано ТП второго плода, рутинное кесарево сечение не рекомендуется ни при родах в срок, ни при преждевременных родах (уровень доказательности В), поскольку нет

доказательств того, что оно улучшает исходы для плода.

Организационные мероприятия для обеспечения ведения влагалищных родов в тазовом предлежании

• Симуляционно-тренинговое обучение для приобретения навыков ведения влагалищных родов в тазовом предлежании врачами акушерами-гинекологами и акушерками родильных отделений.

• Разработка и исполнение клинических рекомендаций (протоколов) по ведению влагалищных родов при тазовом предлежании плода. Приверженность к клиническим рекомендациям (протоколам) снижает риск интранатальных осложнений [уровень доказательности С].

• Тщательное документирование плана ведения родов, его обоснования, всех событий и манипуляций.

• Необходимо разработать максимально полное информированное добровольное согласие пациентки, чтобы обеспечить всестороннюю информированность женщины относительно запланированного способа родоразрешения при тазовом предлежании плода [GPP].

Заключение

Одной из главных причин интранатальной гибели плодов, травматизма во время родов, приводящего к неонатальной смертности и тяжелой заболеваемости, является недостаточная подготовка медицинских работников (в том числе по навыкам коммуникации) и неэффективная организация помощи как на первичном уровне во время антенатального периода, так и на уровне стационара во время родов. Необходимым условием для повышения качества подготовки остаются тренинги на местах с использованием симуляторов, учебных видеоматериалов и решения ситуационных задач в реальном времени, которые должны проводиться не реже 1 раза каждые 6 месяцев.

Приложение 1

Информированное добровольное согласие на наружный поворот плода при тазовом предлежании

Вопрос о методе родоразрешения при тазовом предлежании плода до настоящего времени остается нерешенным. Самостоятельные роды в тазовом предлежании и выполнение кесарева сечения по поводу тазового предлежания не являются безопасными и связаны с определенным риском для здоровья матери и/или ребенка. При сохранении тазового предлежания плода к сроку родов необходимо определиться с дальнейшим ведением Вашей беременности и выбрать способ для рождения Вашего ребенка.

Настоящая форма разработана для того, чтобы помочь Вам принять информированное добровольное согласие/отказ о коррекции тазового предлежания плода путем проведения попытки наружного акушерского поворота. Пожалуйста, обсудите содержание данной формы с Вашим врачом, остановитесь на каждом пункте и примите решение о дальнейшем ведении Вашей беременности и родов.

Мой доктор (Ф.И.О.) _____ _____ объяснил мне,

что в настоящее время мой плод находится в тазовом предлежании, и после изучения моего анамнеза и результатов обследований, для улучшения исхода беременности и родов, мне предложена попытка наружного поворота на головку.

Цель процедуры наружного поворота плода - перевод ребенка из тазового предлежания в головное. Роды в головном предлежании естественны и безопасны.

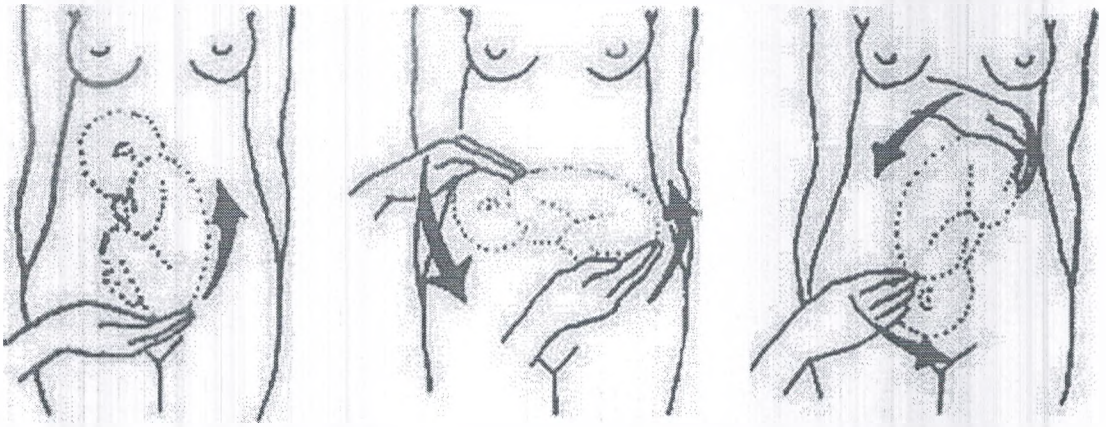
При удачной попытке поворота нет необходимости в фиксировании плода бандажом и дальнейшем стационарном наблюдении за беременной.

Преимущества. Естественные роды в головном предлежании безопасны для матери и ребенка. Удачная попытка наружного поворота позволяет избежать риска и осложнений, связанных с самостоятельными родами

в тазовом предлежании и выполнением кесарева сечения.

Наружный поворот плода проводится только специально обученными врачами- акушерами в условиях стационара.

Сроки проведения наружного поворота: от 36 недель вплоть до начала



родов (при целом плодном пузыре).

При тщательном отборе кандидатов для попытки наружного поворота при доношенной беременности осложнения встречаются редко, однако процедура не лишена риска.

Использование расслабляющих матку препаратов увеличивает шансы на успех. Во время поворота доктор обеими руками бережно приподнимает и поворачивает ребенка головкой вниз, как изображено на рисунке.

Средняя частота успешных попыток - 40% для первородящих женщин, 50% - для повторнородящих. У 5% беременных после успешного поворота плода на головку происходит обратный поворот на тазовый конец.

Пожалуйста, обсудите с Вашим доктором все Ваши сомнения и опасения.

- Возможны побочные эффекты используемых для расслабления матки препаратов (сердцебиение, слабость, сонливость, познабливание). Побочные эффекты редки, проходят самостоятельно в течение нескольких минут.
- Осложнения наружного поворота крайне редки - необходимость проведения экстренного кесарева сечения не превышает 0,5%.

• Я понимаю, что попытка наружного поворота может сопровождаться определенным риском и ограничениями:

Во время подготовки и проведения процедуры я должна буду постоянно информировать Врача о моем самочувствии и ощущениях.

Проведение поворота плода может сопровождаться дискомфортом, о возникновении резких болезненных ощущений необходимо немедленно сообщить врачу.

Попытка поворота может оказаться неудачной. Ребенок может не повернуться или может возвратиться в исходное положение вскоре после успешного поворота. При моем желании и согласии может быть произведена повторная попытка поворота.

В редких случаях возможно возникновение отслойки плаценты и кровотечения.

Попытка поворота может сопровождаться урежением частоты сердцебиения плода (брадикардия). Если после паузы в производстве поворота сердцебиение плода не восстановится, мне выполнят экстренное кесарево сечение.

Во время процедуры возможно излитие околоплодных вод;

В некоторых случаях возможно попадание крови плода в систему кровообращения матери. Обычно это не приводит к возникновению проблем. При резус-отрицательной принадлежности крови матери и отсутствии антител профилактически вводят анти-RhD иммуноглобулин.

После попытки поворота мне необходимо наблюдать за шевелениями и поведением моего плода, выделениями из влагалища. При уменьшении двигательной активности и изменении поведения плода нужно срочно сообщить об этом медицинскому персоналу.

Я понимаю, что при попытке наружного поворота при тазовом предлежании существует риск осложнений, связанных с моими индивидуальными

особенностями и обстоятельствами.

Я понимаю, что невозможно гарантировать успех попытки наружного поворота. Даже при удачной попытке поворота существует 5% вероятность обратного поворота плода на тазовый конец.

Я понимаю, что существует риск и опасности, связанные с необходимостью выполнения неотложного кесарева сечения при ухудшении состояния плода во время попытки поворота и после него.

Я подтверждаю, что доктор информировал меня о наружном повороте при тазовом предлежании и альтернативных вариантах ведения беременности и родов. Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, и я получила на них исчерпывающие ответы.

Я согласна на проведение попытки наружного поворота моего плода, находящегося в тазовом предлежании.

Подпись пациента _____(Ф.И.О._____)

Дата_____ Время _____

или

Я отказываюсь от попытки наружного поворота при тазовом предлежании.

Подпись пациента _____(Ф.И.О._____)

Дата_____ Время _____

Врач (Ф.И.О.) _____

Я подтверждаю, что я объяснил цели проведения попытки наружного поворота, методику выполнения процедуры, обсудил возможные риски и осложнения.

Я предоставил возможность задать вопросы и ответил на них.

Подпись врача _____ (Ф.И.О. _____)

Дата_____ Время _____

Приложение 2

Уровни и степени доказательности *(CEBM, University of Oxford).*

Тип доказательности

Уровень	Тип доказательности
I	Доказательства получены в результате мета-анализов или большого числа хорошо спланированных РКИ с низким уровнем ошибок.
П	Доказательства основаны на результатах не менее одного хорошо спланированного РКИ или нескольких РКИ с высоким уровнем ошибок.
III	Доказательства основаны на результатах хорошо спланированных нерандомизированных исследований.
IV	Доказательства получены в результате нерандомизированных исследований с низким уровнем доказательности.
V	Доказательства основаны на клинических случаях, примерах и мнениях экспертов.

Классификация уровней доказательности (CEBM, University of Oxford)

1++	Высококачественные мета-анализы, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований или рандомизированные контролируемые исследования с очень низким риском предвзятости
1+	Хорошо проведенные мета-анализы, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований или рандомизированные контролируемые исследования с низким риском предвзятости
1-	Мета-анализы, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований или рандомизированные контролируемые исследования с высоким риском предвзятости
2++	Высококачественные систематические обзоры случай-контроль или

	когортные исследования высокого качества случай-контроль или когортные исследования с очень низким риском искажений, предвзятости или возможность и высокая вероятность того, что связь является причинно-следственной
2+	Хорошие исследования случай-контроль или когортные исследования с низким риском искажения, систематической ошибки или случайности и с умеренной вероятностью того, что связь является причинно-следственной
2-	Случай-контроль или когортные исследования с высоким риском искажений, предвзятости или шанс и значительный риск того, что связь не является причинно-следственной
3	Не аналитические исследования, например, отчеты о случая, серии случаев
4	Мнение эксперта

Степень доказательности рекомендаций

Уровень	Степень доказательности
A	Доказательства I уровня или устойчивые данные II, III или IV уровня
B	Доказательства II, III или IV уровня, считающиеся в целом
C	Доказательства II, III, IV уровня, но данные в целом неустойчивые
D	Слабые или несистематические эмпирические доказательства
V	Рекомендации, основанные на клиническом опыте

Уровни рекомендаций (CEBM, University of Oxford)

А	по меньшей мере, один Мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененный как 1++ и напрямую применимый к целевой группе населения; *или* систематический обзор РКИ или совокупность доказательств в основном
Б	совокупность доказательств, включая исследования, оцененные как 2++, напрямую применимые
С	совокупность доказательств, включая исследования, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую согласованность результатов; *или* Экстраполированные доказательства из

D	уровень доказательства 3 или 4;
GPP	Good Practice Points Рекомендации основаны на положительном клиническом опыте.

Приложение 3

Категории доказательств утверждений и классификации рекомендаций канадской целевой группы по вопросам медицинской помощи (Canadian Task Force on PreventiveHealth Care).

Оценка качества доказательств *	**Классификация рекомендаций t**
I: Доказательства, полученные по меньшей мере из одного рандомизированного контролируемого исследования надлежащим образом	A. Существуют достаточные доказательства, чтобы рекомендовать клиническое профилактическое действие
II-1: Доказательства хорошо спланированных контролируемых исследований без рандомизации. Однако на процесс принятия решений могут влиять другие факторы	B. Есть объективные доказательства, чтобы рекомендовать клиническое профилактическое действие
П-2: Доказательства из когортных (проспективных или ретроспективных) или случай-контроль исследований хорошего дизайна, предпочтительно от более, чем одного центра или исследовательской группы	С. Имеющиеся доказательства противоречивы и не позволяют сделать рекомендации «за» или «против» использования клинико-профилактических действий
П-3: Доказательства, полученные из сравнения между временем или местом *с* или ***без*** вмешательства. Существенные результаты в неконтролируемых	Д. Есть объективные доказательства, против рекомендации клинического профилактического действия

экспериментах могут быть также включены в эту категорию (такие, как результаты лечения препаратом пенициллина в 1940-х годах)	
Мнения авторитетных специалистов, основанные на клиническом опыте, описательных исследованиях или отчетах экспертных комитетов	E. Существует хорошее доказательство против рекомендации клинического профилактического действия
	L. Нет достаточных доказательств (по количеству или качеству), чтобы дать рекомендацию; однако, на процесс принятия решений могут влиять другие факторы
* Качество доказательств, представленное в данных протоколах (рекомендациях), заимствовано из оценки критериев доказательств, описанных Канадской целевой группой по вопросам профилактической медицинской помощи (Canadian Task Force on Preventive Health Care)	f Рекомендации, включенные в данные протоколы (рекомендации), были заимствованы из классификации критериев рекомендаций, описанных Канадской целевой группой по вопросам профилактической медицинской помощи (Canadian Task Force on Preventive Health Care)

Оценка качества доказательств *	**Классификация рекомендаций t**
I: Доказательства, полученные по меньшей мере из одного рандомизированного контролируемого исследования надлежащим образом	A. Существуют достаточные доказательства, чтобы рекомендовать клиническое профилактическое действие
II-1: Доказательства хорошо	B. Есть объективные доказательства,

спланированных контролируемых исследований без рандомизации. Однако на процесс принятия решений могут влиять другие факторы	чтобы рекомендовать клиническое профилактическое действие
П-2: Доказательства из когортных (проспективных или ретроспективных) или случай-контроль исследований хорошего дизайна, предпочтительно от более, чем одного центра или исследовательской группы	С. Имеющиеся доказательства противоречивы и не позволяют сделать рекомендации «за» или «против» использования клинико-профилактических действий
П-3: Доказательства, полученные из сравнения между временем или местом *с* или ***без*** вмешательства. Существенные результаты в неконтролируемых экспериментах могут быть также включены в эту категорию (такие, как результаты лечения препаратом пенициллина в 1940-х годах)	Д. Есть объективные доказательства, против рекомендации клинического профилактического действия
Мнения авторитетных специалистов, основанные на клиническом опыте, описательных исследованиях или отчетах экспертных комитетов	Е. Существует хорошее доказательство против рекомендации клинического профилактического действия
	L. Нет достаточных доказательств (по количеству или качеству), чтобы дать рекомендацию; однако, на процесс принятия решений могут влиять другие факторы
* Качество доказательств,	f Рекомендации, включенные в данные

представленное в данных протоколах (рекомендациях), заимствовано из оценки критериев доказательств, описанных Канадской целевой группой по вопросам профилактической медицинской помощи (Canadian Task Force on Preventive Health Care)	протоколы (рекомендации), были заимствованы из классификации критериев рекомендаций, описанных Канадской целевой группой по вопросам профилактической медицинской помощи (Canadian Task Force on Preventive Health Care)

Приложение 4

Тазовое предлежание плода. Информация для пациенток.

Частота тазовых предлежаний плода (ко входу в таз матери предлежит таз или ножки плода) в доношенном сроке беременности составляет 3,5-5%. Формирование данного вида предлежания плода обусловлено материнскими, плодовыми и плацентарными причинами, которые не всегда удается установить.

Тазовое предлежание чаще, чем головное, сочетается с преждевременными родами, гипоксией плода, нарушениями родовой деятельности. Чаще встречается травматизм плода, если возникает необходимость оказания пособий при извлечении плечевого пояса, ручек и головки плода. Ведущими факторами, определяющими возрастание частоты осложнений, являются как неудобное для родов предлежание ребенка (наиболее крупная часть рождается последней), так и причины по которым это предлежание сформировалось.

В настоящее время в распоряжении врача имеются разные (клинические и инструментальные, в первую очередь ультразвуковое исследования) методы диагностики тазового предлежания, оценки состояния матери и плода, размеров таза женщины, массы плода, положения его головки и т.д.

Тазовое предлежание плода, диагностируемое до 28 недель беременности, требует только наблюдения, т.к. у 70% повторнородящих и у 30-40% первородящих поворот на головку происходит спонтанно до родов. В сроки 28-36

недель можно назначить беременной (с учетом противопоказаний) комплекс гимнастических упражнений, направленных на исправление тазового предлежания плода. Однако эффективность этой гимнастики не доказана.

В сроке после 36-37 недель можно провести попытку произвести наружный поворот плода на головку. Такой поворот возможен в условиях стационара 2-3 группы (перинатальный центр), обладающего возможностью быстрого проведения экстренного кесарева сечения при возникновении осложнений. Существует ряд противопоказаний для наружного поворота (рубец на матке, разгибание головки плода, обвитие пуповиной, маловодие и другие).

Выбор оптимального способа родоразрешения при тазовом предлежании плода требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае.

При обсуждении вопроса о тактике родоразрешения беременная должна знать, что:

- Плановое кесарево сечение несколько снижает риск перинатальной смертности, по сравнению с родами в тазовом предлежании через естественные родовые пути. Так вероятность перинатальной смертности составляет 0,5 на 1000 при кесаревом сечении и 2 на 1000 при родах в тазовом предлежании. При родах в головном предлежании перинатальная смертность около составляет 1/1000.
- При родах в тазовом предлежании повышен риск рождения ребенка с низкими баллами по шкале Апгар, но в дальнейшем риск заболеваемости не повышается.
- Влияние эпидуральной аналгезии на исход родов в тазовом предлежании в настоящее время изучено недостаточно. Однако имеется высокая вероятность, что ее применение будет сопровождаться увеличением частоты необходимых вмешательств в родах (назначения окситоцина, пособий при рождении ребенка, кесарева сечения и др.).
- По сравнению с плановыми родами в тазовом предлежании плода плановое кесарево сечение незначительно повышает риск ранних осложнений для матери. Однако наиболее высокий риск осложнений имеет экстренное

кесарево сечение, необходимость которого возникает приблизительно у 40% женщин с запланированными вагинальными родами.

- Женщинам следует дать индивидуальную оценку долгосрочных рисков кесарева сечения на основе их индивидуального риска и репродуктивных планов.
- Следует учитывать, что кесарево сечение повышает риск осложнений при последующей беременности, включая риски при родоразрешении через естественные родовые пути при наличии рубца на матке, увеличение риска осложнений при повторном кесаревом сечении, риск нарушения расположения плаценты и её врастания.
- Типичными, но не обязательно абсолютными, показаниями к плановому кесареву сечению в тазовом предлежании являются:

Обвитие пуповиной.

Разгибание головки и запрокидывание ручек плода.

Относительно крупные размеры плода (более 3600 г).

Низкая масса плода (менее 2500 г).

Ножное предлежание плода.

- Недоношенная беременность.

Также могут иметь место другие показания.

- Если женщина вступила в роды спонтанно, без подготовленного плана, то тактика родоразрешения зависит от стадии родов, наличия факторов риска осложнений, экспертной оценки врачей и наличия информированного согласия роженицы на тот, или иной вид родоразрешения. Если женщина находится во втором периоде родов, то обычно кесарево сечение выполняют только при наличии показаний со стороны матери или плода.

Таким образом, для выбора тактики родоразрешения у женщины с тазовым предлежанием плода необходима оценка риска родов и кесарева сечения, основанная на учете клинической ситуации и ее репродуктивного прогноза.

Список литературы

1. Национальное руководство. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1080 с.

2. RCOG Guidelines. The management of breech presentation. № 20b. December 2006. -13 p.

3. Breech Presentation, External Cephalic Version (ECV) and Breech Presentation in Labour. Clinical Guideline. Royal Cornwall Hospitals. NHS Trust service Equality and Diversity statement. 2015. -13 p.

4. Breech Presentation. South Australian Perinatal Practice Guidelines. 17 June 2014. -1ip. Next review due: 30 June 2017

5. Goffinet F, Azria E, Kayem G, Schmitz T, Deneux-Tharaux C. Let's avoid simplistic radicalism when reality is complex. BJOG 2016;123:145-6.

6. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. CochraneDatabase Syst Rev. 2015 Jul 21;

7. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. BJOG 2016;123:49-57.

8. Grootscholten K, Kok M, Oei G, et al. External Cephalic Version-Related Risks A Meta-analysis. Obstetrics & Gynecology. 2008;112(5):1143-51.

9. Collins S, Ellaway P, Harrington D, et al. The complications of external cephalic version: results from 805 consecutive attempts. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2007;114:636-38.

10. Hutton EK, Hannah ME, Ross SJ. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: An international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2011;118:564-77.

11. Breech Presentation. Clinical Guidelines Obstetrics & Midwifery; King Edward Memorial Hospital Perth Western Australia; April 2015.- 5

12. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK, RCOG Green-top

Guideline No. 20b. BJOG, 2017. Management of Breech Presentation.

13. SOGC Clinical Practice Guideline. Vaginal Delivery of Breech Presentation. No. 226, June 2009.10 p.

14. NHS Guidelines For The Management of Breech Presentation Including External Cephalic Version (ECV). WAHT-OBS-019.16th May 2014,- 23 p.

15. NICE. Antenatal care. Quality standard. 2012. Last updated April 2016.- 55 p. nice.org.uk/guidance/qs22.

16. External Cephalic Version. Royal Hospital For Women. Clinical Policies, Procedures & Guidelines. 2012.- 5 p.

17. External Cephalic Version. Clinical Guidelines Obstetrics and Midwifery King Edward Memorial Hospital Clinical Guidelines: Obstetrics & Midwifery Perth Western Australia, 2015.

18. Клинические рекомендации (протокол) «Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах». Письмо Минздрава России от 2 октября 2015 г. № 15-4/10/2-5803. - Москва, 2015. - 16 с.

19. Management of Women with Obesity in Pregnancy. CMACE/RCOG Joint Guideline. March 2010.-31 p.

20. Obesity in Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline No. 239, February 2010. J Obstet Gynaecol Can 2010;32(2): 165-173.

21. Obesity in Pregnancy. ACOG Clinical Practice Guideline. Number 156. December 2015,- 9 p.

22. Queensland Clinical Guideline: Obesity in pregnancy. December 2015 Document number: MN15.14-V5.R20. - 30 p.

23. Клинические рекомендации (протокол) «Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода». Письмо Минздрава России от 6 мая 2014 г. № 15-4\10\2- 3190. - Москва, 2014. - 44 с.

24. Клинические рекомендации (протокол) «Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в

послеродовом периоде. Письмо Минздрава России от 6 мая 2014 г. № 15-4\10\2-3185. - Москва, 2014. - 27 с.

25. **Акушерство: учебник для вузов / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. - М. 2009. - 656 с.**

26. Moutquin JM. Classification and heterogeneity of preterm birth. BJOG 2003;110 Suppl 20:30-3.

27. Cibils LA, Karrison T, Brown L. Factors influencing neonatal outcomes in the very-low- birth-weight fetus (< 1500 grams) with a breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1994;171:35- 42.

28. Keirse MJ. Commentary: the freezing aftermath of a hot randomized controlled trial. Birth 889 2011;38:165-7.

29. Kayem G, Baumann R, Goffinet F, El Abiad S, Ville Y, Cabrol D, et al. Early preterm breech delivery: 891 is a policy of planned vaginal delivery associated with increased risk of neonatal death? Am J 892 Obstet Gynecol 2008;198:289.

30. Robertson PA, Foran CM, Croughan-Minihane MS, Kilpatrick SJ. Head entrapment and neonatal 894 outcome by mode of delivery in breech deliveries from 28 to 36 weeks of gestation. Am J Obstet 895 Gynecol 1996;174:1742-7; discussion 1747-9.

31. Herbst A, Kallen K. Influence of mode of delivery on neonatal mortality and morbidity in 864 spontaneous preterm breech delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007;133:25-9.

32. Bergenhenegouwen LA, Meertens **U,** Schaaf J, Nijhuis JG, Mol BW, Kok M, Scheepers HC. Vaginaldeliveryversuscaesarean section in preterm breech delivery: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014 Jan;172:1-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.10.017. Epub 2013 Oct 16.

33. National Institute for Health and Clinical Excellence. Multiple pregnancy: antenatal care for twin and triplet pregnancies. NICE clinical guideline 129. Manchester: NICE; 2011.

34. Breech Presentations. Document ID: 848 (v25). Original Author: Dr Chloe

35. Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода. Клинический протокол. Институт здоровья семьи. Проект «Мать и Дитя» 2011, с. 33

36. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, et al. PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:1002- **11**

37. Hutton EK, Hofmeyr GJ, Dowswell T. External cephalic version for breech presentation before term. ochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 29; (7):CD000084. doi: 10.1002/14651858.CD000084.pub3.Preterm footling breech delivery (query bank) Published: RCOG10/03/2011

Министр О.Н. Долгошапко

ОДОБРЕНО
Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
_____ № _____

УТВЕРЖДЕН
Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики
05.09.2019 № 1544

УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ И КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ»

Дата составления протокола: 30 апреля 2019г.
Дата пересмотра протокола: 30 апреля 2024г.

РАЗРАБОТЧИКИ:

Чайка Владимир Кириллович	Заведующий кафедрой акушерства гинекологии, перинатологии и детской подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», член-корреспондент НАМНУ, д.м.н., профессор
Железная Анна Александровна	д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и детской подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
Демина Татьяна Николаевна	д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и детской подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
Яковлева Эльвира Борисовна	д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и детской подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
Морозова Наталья Андреевна	Доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кандидат медицинских наук
Вустенко Виталина Васильевна	к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и детской подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
Шпатусько Николай Иванович	к.м.н., доцент кафедры акушерства,гинекологии, перинатологии и детской подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО « ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ:

№ п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Васильева Людмила Леонидовна	Начальник отдела охраны материнства и детства Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, председатель Рабочей группы
2.	Костенко Владимир Сергеевич	Заведующий отделением акушерской реанимации Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по анестезиологической безопасности в акушерстве Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
3.	Смирнова Наталья Николаевна	Заведующий отделением анестезиологии Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный анестезиолог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
4.	Морозова Наталья Игоревна	Главный специалист отдела охраны материнства и детства Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук
5.	Морозова Наталья Андреевна	Доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кандидат медицинских наук
6.	Чурилов Андрей Викторович	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», профессор, доктор медицинских наук
7.	Свиридова Валентина Васильевна	Профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», профессор, доктор медицинских наук
8.	Рыбалко Галина Семеновна	Заведующий кардиологическим диспансерным отделением Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный кардиолог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
9.	Колесникова Татьяна Ивановна	Заведующий клинико-диагностической лабораторией Донецкого клинического территориального

		медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по лабораторной диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
10.	Чермных Светлана Владимировна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
11.	Железная Анна Александровна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького», заместитель генерального директора по лечебной работе Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства МЗ ДНР, доктор медицинских наук
12.	Шкарбун Лариса Игоревна	Заведующий отделением ультразвуковой диагностики Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по ультразвуковой диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
13.	Овсяник Марина Альбертовна	Заведующий акушерским отделением № 5 Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства, кандидат медицинских наук
14.	Самойлова Ольга Витальевна	Заведующий отделением функциональной диагностики Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по функциональной диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
16.	Лыспак Светлана Александровна	Главный врач Республиканского центра крови МЗ ДНР, главный внештатный трансфузиолог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
18.	Нестеров Николай Анатольевич	Главный специалист Департамента организации оказания медицинской помощи взрослому населению МЗ ДНР.
21.	Бессонов Дмитрий Анатольевич	Заместитель генерального директора по неонатологии Донецкого Республиканского центра охраны материнства и детства МЗ ДНР, главный внештатный неонатолог Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
24.	Овчинникова Елена Александровна	Директор Республиканского специализированного центра медицинской генетики и пренатальной

		диагностики МЗ ДНР, главный внештатный специалист по генетике и пренатальной диагностике Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
25.	Данькина Илона Альбертовна	Доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
26.	Мирович Евгений Давидович	Профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
27.	Демина Татьяна Николаевна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
28.	Яковлева Эльвира Борисовна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», доктор медицинских наук
31.	Вустенко Виталина Васильевна	Доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», кандидат медицинских наук
34.	Мельников Александр Юрьевич	Заместитель главного врача по лечебной работе Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ ДНР
37.	Шаповалова Виктория Александровна	Заведующий акушерско-гинекологическим отделением Центральной городской больницы г. Докучаевска, главный внештатный акушер-гинеколог г. Докучаевска
38.	Хоменко Венера Альбертовна	Главный врач Перинатального центра г. Макеевки МЗ ДНР, главный внештатный акушер-гинеколог управления здравоохранения администрации г. Макеевки
39.	Колесникова Татьяна Ивановна	Заведующий клинико-диагностической лабораторией Донецкого клинического территориального медицинского объединения МЗ ДНР, главный внештатный специалист по лабораторной диагностике Министерства здравоохранения ДНР

Содержание

МЕТОДОЛОГИЯ 5
1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ 6
2Л. Коды по МКБ-10 7
1.2. Классификация 7
2. ХАРАКТЕРИСТИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ФОРМ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА И ИХ ДИАГНОСТИКА 8
3.1. Анамнез общий и специальный. Общие объективные данные 8
3.2. Клиническая оценка различных форм анатомически узкого таза по данным антропометрии, наружного и внутреннего акушерского исследования, биомеханизма родов
3.3. Методы лучевой диагностики узкого таза 16
3.3.1. Рентгенопельвиметрия 16
3.3.2. Магнитно-резонансная томография 16
3.3.3. Ультразвуковое исследование 16
3. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА РОДОВ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ 17
4. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 18
5.1. Алгоритм ведения беременных с анатомически узким тазом 20
5. КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ 21
6.1. Коды по МКБ-10 21
6.2. Частота и причины возникновения клинически узкого таза 21
6.3. Диагностические признаки клинически узкого таза 21
6.4. Классификация клинически узкого таза 22
6.5. Ведение родов при клинически узком тазе 23
6. Библиографический указатель 24
7. Методика пельвиметрии при магнитно-резонансной томографии органов малого таза 26

МЕТОДОЛОГИЯ

При разработке клинических рекомендаций использованы публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных PUBMED и MEDLINE, e-Library, а также материалы монографических изданий и национального руководства по акушерству.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:
оценка зависимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл. 1)

Таблица 1

Рейтинговая схема уровня доказательств

Уровень доказательств	**Описание**
Ia	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
Ib	Хотя бы одно РКИ
2	Хотя бы одно контролируемое испытание или квазиэкспериментальное исследование
3	Неэкспериментальное описательное исследование
4	Экспериментальное мнение либо клинический опыт признанного авторитета

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология, изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из нее рекомендаций.

Таблицы доказательств:
таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:
консенсус экспертов.

Таблица 2

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКП, оцененные, как Ia или Ib, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов.
B	Группа доказательств, включающая результаты хотя бы одного контролируемого исследования или квазиэкспериментальное исследование.
C	Доказательства уровня 3 или 4.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Таз считают ***анатомически узким,*** если хотя бы один из его размеров уменьшен по сравнению с нормой на 1,5-2 см. Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты, при её величине менее 11 см таз считается узким. ***Клинически (функционально) узким*** является таз, при котором выявляется несоответствие между размерами плода и таза роженицы независимо от размеров последнего.

Рациональное ведение родов при узком тазе относится к наиболее трудным разделам практического акушерства. Это связано, с одной стороны, с преобладанием в современных условиях определенных форм анатомически узкого таза и, с другой стороны, с недостаточным вниманием практикующих врачей к возникновению в процессе родов признаков функционально-узкого таза. Частота анатомически узкого таза, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах (от 2,6 до 15-23 *%)*.

Особенности женского таза в современном акушерстве:

1. Практически не встречаются грубо деформированные тазы.
2. Нет женщин, у которых бы таз был с резкой (III-IV) степенью сужения.
3. Изменилось соотношение наиболее часто встречающихся форм таза. За столетие частота простого плоского таза уменьшилась более чем в 10 раз, в то же время чаще стал выявляться поперечносуженный таз.
4. Начали преобладать стертые формы узкого таза, которые выявляются лишь при тщательной оценке внутренней поверхности таза и при специальных методах исследования (рентгенопельвиметрии, МРТ).

2.1. Коды по МКБ-10

033.0 Деформация костей таза, приводящая к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери.

033.1 Равномерно суженный таз, приводящий к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери.

033.2 Сужение входа таза, приводящее к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери.

033.3 Сужение выхода, приводящее к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери.

033.4 Диспропорция смешенного материнского и плодного происхождения, требующая предоставления медицинской помощи матери.

2.2. Классификация

На протяжении последних 50 лет в нашей стране наибольшее распространение получила классификация, основанная на оценке формы и степени сужения таза.

Классификация, основанная на оценке формы сужения таза.

А. Часто встречающиеся формы узкого таза

1) поперечносуженный таз (45, 2 %);
2) плоский таз: простой плоский таз - Девентеровский (13,6 %), плоскорахитический (6,5 %), таз с уменьшением прямого размера широкой части полости (21,8 %));
3) общеравномерносуженный таз (8,5 %).

Б. Редко встречающиеся формы узкого таза (4,4 %)

1) кососмещённый и кососуженный таз;
2) таз, суженный экзостозами, костными опухолями вследствие переломов таза со смещением;
3) другие формы таза (ассимиляционный, воронкообразный, кифотический, остеомалятический, спондилолистетический, расщепленный или открытый спереди таз).
4) таз, суженный за счет опухолей яичников, матки, расположенных в полости малого таза частично или полностью.

Классификация анатомически узких тазов по степени сужения А.Ф. Пальмова [11].

I степень: истинная конъюгата 10,5 - 9,1 см (96,8 %);
II степень: 9,0 - 7,6 см (3,18 %);
III степень: 7,5 - 6,6 см (0,02 %);
IV степень: менее 6,5 см (0,0 %).

Степень сужения поперечно-суженного таза определяют по величине поперечного диаметра плоскости входа в малый таз:

I степень сужения - поперечный размер входа 12,5 - 11,5 см;
II степень сужения - поперечный диаметр 11,4 - 10,5 см;
III степень сужения - поперечный диаметр входа менее 10,5 см.

3. ХАРАКТЕРИСТИКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ФОРМ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА И ИХ ДИАГНОСТИКА

3.1. Анамнез общий и специальный. Общие объективные данные.

Так как формирование таза происходит внутриутробно, при сборе анамнеза следует фиксировать внимание начиная с **антенатального периода развития** (нарушении обмена веществ между матерью и плодом, особенно минерального, дефиците витаминов, несовершенном остеогенезе). Правильная организация физического развития девочек является основным фактором в системе формирования женского организма (следовательно, и таза), поэтому собирая анамнез о **периоде новорожденности и раннего детства,** нужно выяснить вопросы вскармливания девочки, течение раннего детства (когда появились зубы, когда стала сидеть, ходить), наличие перенесенного рахита, дисплазии, врожденного вывиха тазобедренных суставов, инфекций (костный туберкулез, полиомиелит), травм таза, позвоночника; о **периоде полового созревания** - наличия нагрузок, нарушений школьной гигиены, стрессов, гормонального дисбаланса, формы одежды - «джинсовый» таз, ранних занятий спортом; учитывать акселерацию.

Специальный анамнез включает: начало и характер менструаций, течение и исход предыдущих беременностей и родов, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, кесарево сечение), мёртворождение, черепно-мозговые травмы у новорожденных, нарушение неврологического статуса в раннем неонатальном периоде, раннюю детскую смертность, нарушения дальнейшего развития.

Общие объективные данные:

Для оценки таза вначале производится **наружный осмотр женщины в положении стоя.** Определяют **массу тела и рост женщины, следы перенесенных заболеваний,** при которых наблюдаются изменения костей и суставов (рахит, туберкулёз), изучают **состояние черепа, позвоночника** (сколиоз, кифоз, лордоз и др.), **конечностей** (укорочение одной ноги), **суставов** (анкилоз в тазобедренных, коленных и других суставах), **походку.** Отмечают, не имеет ли **живот** остроконечную форму у первородящих или отвислую у многорожавших. Большое значение для оценки таза имеет **форма крестцового ромба.** При нормальных размерах таза его продольный и поперечный размеры равны соответственно 11 и 11 см. Форма крестцового ромба при различных вариантах строения таза бывает различной (рис. 1).

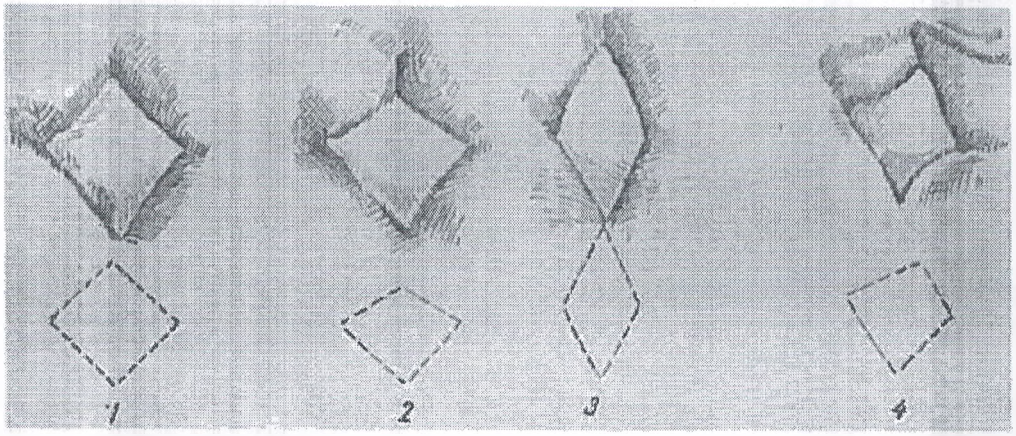


Рис. 1. Формы крестцового ромба при различных вариантах строения таза: 1 - нормальный таз; 2 - плоский таз; 3 - поперечносуженный таз; 4 - кососуженный таз [3].

Одним из важных показателей является **величина роста женщины.** Рост женщины менее 155-160 см даёт основание заподозрить наличие анатомически узкого таза. Антропометрическими маркёрами узкого таза кроме роста женщины являются размер обуви менее 36, длина стопы менее 23 см, длина кисти менее 16 см, длина I и III пальцев руки менее 6 и 9 см, соответственно.

Для оценки толщины костей измеряется **окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева Ф.А.)** на уровне выступающих мыщелков предплечья: чем меньше индекс, тем тоньше кости и больше емкость таза и наоборот (норма индекса Соловьева 14,5-15 см).

Основными измерениями таза считается **наружная пельвиметрия:** ***distantia spinarum*** (в норме 25-26 см), ***distantia cristarum*** (в норме 28-29 см), ***distantia, trochanterica*** (в норме 31-32 см) и ***conjugata externa*** (диаметр Боделока- 20-21 см в норме).

Для диагностики **узкого таза с уменьшением прямого размера широкой части полости** следует измерять **лонно-крестцовый размер,**
то есть расстояние от середины симфиза до сочленения II и III крестцовыми позвонками. Для анатомически нормального таза величина этого размера составляет 21,8 см. Измеряется также **высота лонного сочленения** (расстояние между верхним и нижним краями лонного сочленения), измерение производится тазомером. Симфиз в норме 5,0-6,0 см.

Ширина симфиза определяется измерением расстояния между паховыми складками по верхнему краю симфиза с помощью сантиметровой ленты. В норме ширина симфиза равна 13,0-13,5 см.

Поперечный размер выхода таза измеряется сантиметровой лентой при позе Микеладзе (камнесечения) от правой внутренней поверхности седалищного бугра до левой и равен в норме 9 см.

Прямой размер выхода малого таза (9-11 см) измеряется тазомером, он идет от верхушки копчика до нижнего края симфиза.

Дополнительные измерения включают определение **боковых конъюгат** - расстояний между передне- и задневерхними остями подвздошной кости с каждой стороны (в норме они равны 14-15 см). Уменьшение их до 13 см свидетельствует о

сужении таза.

Уменьшение размеров окружности таза (между вертелами и гребнем подвздошных костей) до 70-75 см, вместо нормальных 85 см, указывает на сужение таза.

Наличие разницы в уровне стояния лопаток, искажение формы треугольника талии указывает на высокую вероятность **кососуженного таза.** Для уточнения измеряют **косые размеры таза,** при этом абсолютные величины косых размеров значение не имеют, так как для асимметрии таза характерна разница между размерами каждой пары измерений более 1,5 см.

К косым размерам относятся:

- расстояние между серединой верхнего края симфиза и задними верхними остями подвздошных костей обеих сторон (норма - 17,5 см);
- расстояние между передней верхней остью подвздошных костей одной стороны и задней верхней остью другой стороны (норма - 21 см);
- расстояние между остистыми отростками V поясничного позвонка и передней верхней остью позвоночных костей обеих сторон (норма - 18 см);
- расстояние между передней и задней верхними остями подвздошных костей одноименной стороны (боковая конъюгата Кернера: норма - 14-15 см). Абсолютные величины боковой конъюгаты дают представление о внутренних размерах таза: при плоском тазе они не превышают 13,5 см, при асимметрии таза имеются различия между обеими конъюгатами.

Важное значение имеет **влагалищное исследование.** При влагалищном исследовании определяют емкость таза, величину диагональной конъюгаты, достижение терминальных линий, обследуют крестцовую впадину, седалищные ости и бугры, определяют наличие ложного мыса, экзостозов и деформаций малого таза, оценивают величину лонного угла.

Методы определения истинной конъюгаты:

1. Из величины наружной конъюгаты вычитают 9 см.
2. Из величины диагональной конъюгаты вычитают 1,5-2,0 см (при индексе Соловьева 14-16 см и менее вычитают 1,5 см, при величине индекса более 16 см вычитают 2 см); при величине лонного сочленения 4 см и менее вычитают 1,5 см, при величине более 4 см вычитают 2 см).
3. Измеряют тазомером расстояние от яремной вырезки грудины до VII шейного позвонка.

Диагноз узкого таза и степень его сужения устанавливают на основании данных антропометрии, формы крестцового ромба Михаэлиса, измерения наружных размеров большого таза, влагалищного исследования, при наличии возможности - лучевых методов исследования (рентгенпельвиометрии, МРТ органов малого таза с измерением его размеров).

3.2. Клиническая оценка различных форм анатомически узкого таза по данным антропометрии, наружного и внутреннего акушерского исследования, биомеханизма родов

Анатомические особенности строения малого таза женщин в значительной степени предопределяют течение и исход родов.

А. **Часто встречающиеся формы узкого таза**

1. Поперечносуженный таз

Это форма таза чаще встречается у стройных высоких женщин с признаками гиперандрогении. **Половая формула** имеет вид: Me ***(menarche)*** - 15-18 лет, Ma ***{mamma)*** - ***1-2*** балла, Ax (аксиллярное оволосение) - 5-6 баллов, Pu (рост волос к пупку, на бедра и ягодицы) - по мужскому типу. **Морфограмма:** рост (Р) меньше размаха рук (РР) - Р < РР; нижний размер (НР) больше [1]А роста - НР > ***Vi*** Р. Характеризуется **уменьшением поперечных размеров малого таза** на 0,6-1,0 см и более, относительным укорочением или увеличением прямого размера входа и узкой части полости. Вход в малый таз имеет округлую или продольно-овальную форму, **мало развёрнуты крылья подвздошных костей, лонная дуга узкая.**

В диагностике поперечносуженного таза наибольшее значение имеет определение **поперечного диаметра крестцового ромба** (менее 10 см), **поперечного размера плоскости входа в таз** (поперечный размер плоскости входа в таз равен ***Vi distantia cristarum*** или для его определения из ***distantia cristarum*** можно вычесть 14-15 см), **поперечного диаметра выхода таза** (менее 10,5 см), **ширины и высоты симфиза** и **глубины таза.**

При поперечносуженном тазе **ширина симфиза** менее 12,5 см, **высота симфиза** - 6,5 см и более, **поперечный размер выхода таза** - менее 9 см.

При влагалищном исследовании отмечаются сближение седалищных остей и относительно легкая досягаемость терминальных линий, острый лонный угол.

У 50 % женщин с поперечносуженным тазом встречается уплощение крестца и увеличение его высоты до 10 см и более. **Точная диагностика** данной формы таза и особенно степени его сужения возможна только при использовании **рентгенопельвиметрии, компьютерной рентгенопельвиметрии или магнитно-резонансной томографии.** Рентгенологически выделяют **три формы поперечносуженного таза:** с увеличением прямого диаметра входа, с укорочением прямого размера широкой части полости, с уменьшением межостного диаметра. Однако, совершенно точно констатирует форму таза механизм вставления головки, свойственной только этой форме таза.

Биомеханизм родов при поперечносуженном тазе может происходить так же,

---

1 Простой плоский таз

Простой плоский таз характеризуется **уменьшением всех прямых диаметров,** кривизна крестца средняя, лонная дуга широкая, обычно увеличен поперечный диаметр входа. **Диагностика** этой формы узкого таза основывается на осмотре крестцового **ромба Михаэлиса.** Благодаря тому, что крестец выдвигается вперед, уменьшается размер между ямкой под остистым отростком V поясничного позвонка и серединой прямого диаметра пояснично-крестцового ромба. Вследствие этого крестцовый **ромб Михаэлиса** принимает неправильную форму **с укорочением вертикальной диагонали** (менее 10 см). Корреляционная зависимость между наружной и истинной конъюгатой и всеми прямыми размерами малого таза отсутствует и существует между диагональной и истинной конъюгатами. Отсюда следует, что практическим врачам нет необходимости ориентироваться на показатели наружной конъюгаты.

как и при нормальных размерах таза. Если же прямые диаметры превышают поперечные, то:

1) головка, сгибаясь, вступает во вход в малый таз стреловидным швом в прямом размере и делает поступательное движение до плоскости выхода. Преодолению препятствия при сужении поперечного диаметра входа в таз способствует также вставление головки в косом размере с асинклитическим расположением стреловидного шва и опусканием чаще задней теменной кости;

2) в большинстве наблюдений в родах имеет место разрыв промежности, так как острый лонный угол формирует две точки гипомохлеона на лонных костях, что требует своевременно и правильно выполненной правосторонней срединно-латеральной перинеотомии. Родовая опухоль на головке новорожденного располагается в области стреловидного шва, смещаясь больше на одну из теменных костей, и делает её ассимметричной.

NB! Роды при поперечносуженном тазе могут закончиться per vias naturales только в случае переднего вида предлежания плода. Задний вид при поперечносуженном тазе формирует клиническое несоответствие II степени.

2. Плоские тазы (простой плоский таз, плоскорахитический таз, таз с уменьшением прямого размера широкой части полости)

В плоском тазе укорочены прямые диаметры при обычной величине поперечных и косых размеров.[1] возможность поставить диагноз плоского таза, если будет достигнут промонториум и, в зависимости от размеров диагональной конъюгаты, можно определить степень его сужения. Облегчает постановку диагноза простого плоского таза **рентгенопельвиметрия или МРТ.**

Особенностями механизма родов при простом плоском тазе являются:

1) разгибание головки и длительное ее стояние над входом в таз стреловидным швом в поперечном размере;

2) головка конфигурируется и вставляется во вход в таз одной из теменных костей, т.е. происходит асинклитическое вставление;

3) чаще всего головка не совершает внутреннего поворота и стреловидный шов во всех плоскостях таза проходит в поперечном размере, на тазовом дне возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва.

При ведении родов следует помнить, что головке легче преодолеть препятствие во входе в малый таз, если **роженицу уложить на сторону, противоположную позиции плода** (это способствует разгибанию головки). При полном раскрытии маточного зева и излитии околоплодные вод **во втором периоде родов** пациентке придают **позу Микеладзе** (при положении роженицы на спине привести согнутые колени к животу, широко раздвинув бедра), если в таз опускается заднетеменная кость, при этом передняя теменная кость легче соскальзывает с лона.

Если же опускается переднетеменная кость, женщину во втором периоде родов на 30 минут следует уложить **в положение Вальхера** (положение роженицы на спине, на краю кровати, со спущенными, висящими вниз ногами и со слегка приподнятым тазом), или под ягодицы **подложить польстер** высотой в 20 см, увеличивая тем самым угол наклонения таза и размер истинной конъюгаты.

В связи **с высокой вероятностью разрыва промежности в родах** при плоском тазе производят своевременно выполненную **правостороннюю**

центрально-латеральную перинеотомию. Так как увеличение размеров таза, особенно его выхода, отмечается при положении беременной сидя и на корточках, **целесообразно проводить второй период родов до опускания головки на тазовое дно и до начала потуг в вертикальном положении женщины.**

2) Плоскорахитический таз

Плоскорахитический таз характеризуется **уменьшением прямого размера входа** и увеличением всех остальных прямых диаметров таза, крестец обычно плоский, лонная дуга широкая. При диагностике данной формы таза следует обращать внимание на **признаки перенесенного в детстве рахита** («квадратная» голова, редкие зубы с поперечными желобками, впалая грудь «реберные четки», ключицы в форме латинской буквы «S», «X»- или «0»-образное искривление ног, позвоночника, грудины и др.). Крылья подвздошных костей развёрнуты, обычно почти равны, уменьшена наружная конъюгата. **Крестцовый ромб** имеет **вертикальный размер меньше нормы,** при этом **верхний треугольник ромба меньше нижнего. При влагалищном исследовании достижим мыс,** резко выступающий вперед (за счет чего вход в таз напоминает форму почки или сердца); **крестец уплощен, укорочен, утончен** и **уширен** (правило четырех «у» М.А. Колосова); иногда определяется **ложный мыс; лонный угол тупой.** Точный диагноз можно установить при рентгенопельвиметрии, КТ-пельвиметрии, МРТ.

Биомеханизм родов при плоскорахитическом тазе имеет следующие особенности:

1. Длительное стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере.
2. Умеренное разгибание головки: большой родничок устанавливается на одном уровне с малым или ниже его, головка проходит через истинную конъюгату малым поперечным размером (8,5 см).
3. Асинклитическое вставление головки - передний асинклитизм («негелевское» вставление) или задний («литцмановское» вставление). Чаще встречается передний асинклитизм, так как сила сцепления теменной кости у мыса больше, чем у лона, поэтому передняя теменная кость опускается в полость таза, а стреловидный шов отклоняется к мысу.
4. В полости малого таза в связи с благоприятными пространственными соотношениями между резко конфигурированной головкой и емкой полостью таза совершается внутренний поворот.
5. Продвижение головки во втором периоде родов происходит очень быстро («штурмовые» роды).
6. Отсутствие правильной ротации головки в полости малого таза и штурмовой характер второго периода родов ведет к разрыву промежности, вплоть разрыва крестцово-копчикового сочленения.

3) Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости

Характеризуется **уплощением крестца,** вплоть до **отсутствия кривизны, увеличением его длины, уменьшением прямого диаметра широкой части полости** (менее 12 см), отсутствием разницы между прямыми диаметрами входа, широкой и узкой части полости. Другие диаметры обычно нормальны или увеличены.

Различают **две степени сужения:**

I степень - прямой размер широкой части полости равен 12,4 -11,5 см;
II степень - меньше 11,5 см.

Информативным для диагностики узкого таза с уменьшением прямого диаметра широкой части полости является **измерение лонно-крестцового размера,** т.е. расстояния от середины симфиза до места сочленения между II и III крестцовыми позвонками. Для анатомически нормального таза, величина этого размера составляет 21,8 см. Величина менее 20,5 см свидетельствует о наличии узкого таза, её значение менее 19,3 см позволяет
заподозрить выраженное уменьшение прямого диаметра широкой части полости (менее 11,5 см).

4) Общеравномерносуженный таз

Общеравномерносуженный таз встречается у невысоких, пропорционально сложенных женщин и характеризуется **уменьшением на одинаковую величину всех размеров таза** (1,5-2,0 см и более).

Половая формула у них: Ме - 13-14 лет, Ма - 2-3 балла, Ах - 2-3 балла, **Pu** - 3 балла.

Морфограмма: рост - меньше 160 см, размах рук равен росту, нижний размер составляет половину роста. Размер ноги - 35 см; длина кисти руки - меньше 16 см, длина большого пальца руки - меньше 6 см, длина среднего пальца руки - меньше 8 см.

Крестцовый Ромб Михаэлиса правильной формы, но и продольный, и поперечный диаметры его - менее 11 см.

Информативны данные, получаемые при измерении диаметра выхода таза, а именно: прямой и поперечный размеры менее 9 см. При внутреннем исследовании крестцовая впадина глубокая, достигается промонторий и терминальные линии.

Биомеханизм родов включает следующие моменты:

1. Головка вступает в таз в состоянии значительного сгибания, размером меньшим, чем малый косой; малый родничок приближается к геометрическому центру таза (глубокое стояние малого родничка - асинклитизм Редерера); стреловидный шов расположен в одном из косых размеров таза. Головка продвигается по тазу медленно, с большой затратой сил.
2. При переходе из широкой части в узкую происходит дополнительная максимальное сгибание головки и внутренний её поворот, когда головка на дне таза устанавливается стреловидным швом в прямом размере выхода.
3. Головка плода не может выполнить все пространство лонного угла, а поэтому растягивает промежность, что приводит к травме мышц и фасций промежности и ее разрыву.
4. После рождения головки происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Форма головы долихоцефалическая (головка вытянута в виде клина с родовой опухолью в области малого родничка.

С началом схваток роженицу при общеравномерносуженном тазе следует **уложить на бок, соответствующий позиции плода,** что значительно укорачивает время, необходимое для вставления головки во вход в таз и преодоления ею существующего препятствия.

Диагностика основана на данных антропометрии, наружной пельвиметрии,

крестцового ромба Михаэлиса и влагалищного исследования. Подтвердить диагноз можно при рентгенопельвиметрии, компьютерной рентгенопельвиметрии и МРТ.

3.3. Методы лучевой диагностики узкого таза

Измерение наружных размеров большого таза не полной мере отражают форму и емкость малого таза (уровень доказательности 3). В связи с этим, при наличии технической возможности и подготовленных специалистов возможно применение дополнительных методов оценки внутренних размеров таза, таких как рентгенопельвиметрия, магнитно-резонансная томография и, реже, ультразвуковое исследование.

3.3.1. Рентгенопельвиметрия

Несмотря на относительно небольшую лучевую нагрузку, тем не менее рентгенологический метод исследования для оценки размеров и формы таза рекомендуется применять или вне беременности или уже в сроке доношенной беременности (38 недель и более) .

Показания к рентгенопельвиметрии :

- уменьшение размеров большого и малого таза, выявленное при наружном и внутреннем акушерском исследовании;
- крупные размеры плода (4000 г и более);
- осложнения предыдущих родов (затяжные роды, травма плода и новорожденного, наложение акушерских щипцов и т.д.);
- тазовое предлежание плода.

3.3.2. Магнитно-резонансная томография

Более перспективным методом в настоящее время считается магнитно-резонансная томография (МРТ) как радиационно-безопасный и высокоинформативный метод визуализации .

Основными показаниями к использованию МР-пельвиметрии и МР-фетометрии являются:

- Подозрение на анатомически узкий таз.
- Подозрение на анатомические изменения таза - экзостозы, травмы таза в анамнезе, перенесенные рахит и полиомиелит, врожденный вывих тазобедренных суставов, расхождение лонного сочленения.
- Крупный плод (более 4000 г).
- Тазовое предлежание.
- Наличие рубца на матке.
- Беременные из группы высокого риска перинатальной патологии, а именно: повторнородящие с осложненным течением и неблагоприятным исходом предыдущих родов; яичников, матки, влагалища, плаценты, костей и суставов таза.

3.3.3. Ультразвуковое исследование

Ультразвуковое исследование по своей информативности уступает рентгенографическому и магнитно-резонансной томографии, так как оно позволяет при наружном использовании датчика определить только истинную конъюгату, а также место расположения головки плода, ее размеры, особенности вставления, в родах - степень раскрытия маточного зева.

Весьма информативна при диагностике узкого таза комбинация ультразвукового исследования и рентгенопельвиметрии. Определение плодовотазового индекса основывается на измерении головки плода при ультразвуковом исследовании и определении окружности входа в таз и в полости таза на основании

рентгенопельвиметрии (уровень доказательности 3).

4. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА РОДОВ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ

В прогнозировании исходов родов большое значение имеет определение не только точных размеров таза, но и его соразмерности с головкой плода. **Группу риска по функциональной неполноценности малого таза** составляют женщины с уменьшенной емкостью малого таза, обусловленной его анатомическим сужением и беременные с предполагаемой крупной массой плода.

В настоящее время наиболее точным и безопасным методом оценки емкости таза является **магнитно-резонансная томография органов малого таза с пельвиметрией (см. Приложение №1).**

Предполагаемая масса плода рассчитывается по общепринятым формулам с учетом абдоминометрических показателей беременной женщины. В то же время существуют трудности в определении предполагаемой массы плода у женщин с ожирением, многоводием, «плоским» животом, вследствие чего, целесообразно **определять массу плода** с учетом его размеров **с помощью ультразвукового сканирования.**

При первой степени сужения таза и средних размерах плода (предполагаемая масса тела до 3600 г) и отсутствии других отягощающих факторов роды можно начать вести через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза

При второй степени сужения таза рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения. Ведение родов через естественные родовые пути возможно только в исключительных случаях (небольшие размеры плода (вес до 3000 г), хорошая готовность родовых путей, благоприятное вставление головки).

При остальных степенях сужения таза - плановое кесарево сечение.

4. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Для беременных с узким тазом характерно:

1. У первородящих головка плода остается подвижной над входом в таз вплоть до начала родов. Вследствие этого значительно ограничивается экскурсия лёгких и смещается сердце. Одышка в конце беременности появляется раньше, держится дольше и более выражена, чем при беременности у женщин с нормальным тазом.
2. Матка у беременных с суженным тазом отличается подвижностью, что наряду с высоким стоянием головки предрасполагает к поперечному, косому или тазовому положению плода; способствует возникновению разгибательных предлежаний головки (переднеголовное, лобное, лицевое).
3. Одним из самых частых осложнений беременности является преждевременное излитие околоплодных вод, при этом может быть выпадение петель пуповины.
4. Повышенная частота симфизиопатии и сакроилеопатии. Данная патология может выражаться расхождением лонного и крестцово- подвздошного сочленений, чрезмерной подвижностью и расслаблением сочленений таза, воспалительными процессами в сочленениях таза. Чаще всего эта патология отмечается у беременных с кососуженными тазами.
5. Высокая вероятность наступления преждевременных родов.

В сроке беременности 38 недель беременных с анатомически узкими тазами, у которых предполагается несоответствие между размерами таза и плода, следует госпитализировать в отделение патологии, согласно региональных листов маршрутизации беременных, с целью уточнения срока беременности, массы плода, размеров таза, положения и предлежания плода, его состояния и решения вопроса о выборе метода родоразрешения.

Метод родоразрешения должен быть определен с учетом данных анамнеза, готовности родовых путей к родам, анатомической формы узкого таза и степени его сужения, предполагаемой массы плода, других осложнений беременности.

У беременных с узким тазом I степени сужения и предполагаемой массой плода не более 3600 г роды можно начать вести через естественные родовые пути.

Предпочтительно, чтобы родовая деятельность развилась самостоятельно при целом плодном пузыре.

Тактика ведения родов:

- непрерывный кардиомониторный контроль за состоянием плода и родовой деятельностью (КТГ) (нарушения сердечного ритма плода могут быть ранним признаком клинического узкого таза);
- ведение партограммы;
- слежение за характером вставления головки плода и её продвижением;
- своевременная диагностика осложнений родового акта и их коррекция, с целью избежать затяжных родов и при необходимости прибегнуть к экстренному оперативному родоразрешению путем кесарева сечения. ***При этом следует оперировать не по показанию «угроза разрыва матки», что свидетельствует о запоздалой диагностике, а по показанию «клинически узкий таз».***

Риск респираторных нарушений выше у детей, рожденных путем кесарева сечения до родовой деятельности, однако он значительно снижается после 39 недели беременности. Таким образом, **плановое кесарево сечение должно проводиться после 39 недели беременности.**

Показания к плановой операции кесарева сечения:

1) плодово-тазовые диспропорции (анатомически узкий таз II-III степени сужения, деформация таза, экзостозы, костные опухоли, опухоли матки и яичников, расположенные в полости малого таза);
2) сочетания I степени сужения таза с акушерской патологией: тенденция к перенашиванию беременности и неготовность родовых путей к родам, крупный плод, тазовое предлежание, неправильное положение и предлежание плода, тяжелая преэклампсия, хроническая гипоксия плода, первородящие старшего возраста, рубец на матке, мертворождение в анамнезе, аномалии развития половых органов, симфизит и др.

Показания к экстренной операции кесарево сечение при анатомически узком тазе:

1) отсутствие родовой деятельности после излития околоплодных вод при незрелой шейке матки;
2) аномалии родовой деятельности;
3) лобное, лицевое, высокое прямое стояние стреловидного шва при заднем виде;
4) клиническое несоответствие размеров головки плода и таза матери.

Применение влагалищных родоразрешающих операций при анатомическом сужении таза возможно **только в исключительных ситуациях,** требующих экстренного родоразрешения - **острый дистресс плода, когда его головка уже достигла тазового дна** и **только при отсутствии признаков клинического несоответствия головки плода и таза роженицы.**

Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение проводятся по схемам, включающим использование мифепристона, динопростона, гигроскопических расширителей и окситоцина. Показаниями являются преждевременное излитие околоплодных вод, а также неготовность к родам в доношенном сроке (более 38-39 недель) с учетом формы и степени сужения таза (не более 1 степени), а также других акушерских данных (возраст женщины, акушерский анамнез, размеры и вес плода, его состояние, наличие экстрагенитальной патологии и пр.).

Алгоритм ведения беременных с анатомически узким тазом представлен на рисунке 2.

5.1. Алгоритм ведения беременных с анатомически узким тазом [12]

Рис. 2. Алгоритм ведения беременных с анатомически узким тазом.

6. КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

Понятие клинически узкого таза связано с процессом родов - это несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.

6Л. Коды по МКБ-10

065 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери.

065.0 Затрудненные роды вследствие деформации таза.

065.1 Затрудненные роды вследствие равномерно суженного таза.

065.2 Затрудненные роды вследствие сужения входа таза.

065.3 Затрудненные роды вследствие сужения выходного отверстия и среднего диаметра таза.

065.4 Затрудненные роды вследствие несоответствия размеров таза и плода неуточненного.

065.5 Затрудненные роды вследствие аномалии органов таза у матери.

065.8 Затрудненные роды вследствие других аномалий таза у матери.

065.9 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери неуточненной.

6.2. Частота и причины возникновения клинически узкого таза

Наиболее **частыми причинами клинически узкого таза** является анатомическое сужение таза, крупный плод или их сочетание, неблагоприятные предлежания и вставления головки плода: лобное, лицевое или задний вид затылочного предлежания, высокое прямое стояние стреловидного шва, асинклитические вставления, разгибания головки при тазовом предлежании, гидроцефалия.

6.3. Диагностические признаки клинически узкого таза

Основными **признаками клинически узкого таза** являются:

- длительное (более 1 часа) стояние головки в плоскостях малого таза;

нарушение синхронизации процессов раскрытия шейки матки и продвижения плода;

- выраженная конфигурация головки;
- образование большой родовой опухоли;
- неблагоприятные предлежания и вставления головки: задний вид, разгибательные варианты, асинклитизм, клиновидное вставление, высокое прямое стояние стреловидного шва;
- отсутствие продвижения головки плода при полном раскрытии шейки матки;
- несоответствие механизма родов форме таза;
- наличие болезненных схваток;
- беспокойное поведение роженицы;
- появление потуг при головке, расположенной выше, чем в узкой части полости малого таза;
- затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания;
- нарушение сократительной деятельности матки;
- болезненность при пальпации нижнего сегмента;
- гипоксия плода;
- положительный признак Вастена.

Для определения признака Вастена ладонь располагают на поверхность

симфиза и передвигают вверх, на область предлежащей головки. При положительном признаке Вастена передняя поверхность головки находится выше поверхности симфиза или на одном уровне, что указывает на несоответствие между тазом матери и головкой плода.

NB! Несмотря на то, что несоответствие таза матери и головки плода свидетельствует о резком затруднении или невозможности его рождения через естественные родовые пути, которое происходит во втором периоде родов, признаки клинически узкого таза могут появиться уже в конце первого периода родов. К таким признакам относятся неблагоприятные формы вставления головки (задний вид, переднеголовное вставление, прямое стояние стреловидного шва), отек шейки матки, появление потуг при высоко расположенной головке (прижата ко входу в малый таз), чрезмерная конфигурация и отек головки. Во втором периоде родов добавляются признаки: отсутствие продвижения головки, дальнейшее увеличение родовой опухоли, длительное стояние (более 1 часа) головки в одной плоскости. Затем присоединяются остальные.

6.4. Классификация клинически узкого таза

Классификация клинически узкого таза.

Относительное несоответствие (**I** степень).

При первой степени клинически узкого таза признаками клинического несоответствия считают: вставление головки плода, характерное для данной формы узкого таза, её умеренная конфигурация.

У первородящих, кроме того, наблюдается слабость родовой деятельности в конце первого периода родов.

Абсолютное несоответствие (II-III степень).

Диагноз клинически узкого таза второй - третьей степени несоответствия включает следующие диагностические признаки: особенности вставления головки не соответствуют форме таза, имеет место выраженная конфигурация головки, выраженная родовая опухоль на головке плода, появляются потуги при высоко стоящей головке, женщина беспокойна, шейка матки свисает в виде рукава во влагалище, нижний сегмент матки резко болезненный, шейка матки отечна, отсутствует продвижение головки во время схватки при полном раскрытии шейки матки, появляются аномалии родовой деятельности, сукровичные выделения из родовых путей, имеет место гипоксия плода, нарушение мочеиспускания, признак Вастена положительный.

6.5. Ведение родов при клинически узком тазе

Течение родов при клинически узком тазе характеризуется **большим числом осложнений,** среди которых ведущее место занимает несвоевременное излитие околоплодных вод (50-60%) и аномалии родовой деятельности (40%); внутриутробная гипоксия плода (14%).

Для решения вопроса о срочном абдоминальном родоразрешении при клинически узком тазе достаточно 2-3 признаков абсолютного несоответствия.

Все роженицы с клинически узким тазом II – III степени несоответствия должны быть родоразрешены путем экстренной операции кесарева сечения.

Проведение кесарева сечения при клинически узком тазе представляет **определенные трудности,** особенно при полном раскрытие шейки матки и при низком расположении головки. Во время операции обнаруживается резкое истощение нижнего сегмента матки, иногда - гематома на задней стенке матки. Повышенная кровоточивость требует дополнительного хирургического гемостаза и введения свежезамороженной плазмы при наличии капиллярного кровотечения, коагулопатии, геморрагического синдрома или массивной кровопотере. Может иметь место продление разреза на матке (3,4%), затрудненное извлечение плода (6,8%), гипотоническое кровотечение (1,1%) в раннем послеоперационном периоде.

Родовой травматизм имеет место у 27,0% новорожденных. Выявляются: синдром гипервозбудимости (18,2%), синдром угнетения центральной нервной системы (4,5%), судорожный синдром (2,3%), кожногеморрагический синдром (6,8%), гематомы бедер и плеч (1,1%), шейнорадикулярный синдром (2,3%), кефалогематома (1,1%), субарахноидальное кровоизлияние (2,3%).

При клинически узком тазе у женщин может иметь место **тяжелый травматизм (до 1%)** в виде разрыва симфиза, разрыва промежности **III** степени, повреждения крестцово-подвздошных сочленений, разрыва матки, отрыва матки от сводов влагалища, образование мочеполовых и ректовагинальных свищей.

7. Библиографический указатель

1. Авдонина, А.С. Проблема клинически узкого таза в современном акушерстве // Научные стремления. - 2013. - № 1. - С. 76-79.
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
3. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер. - 2010. - 656 с.
4. Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом // Информационное письмо Министерства здравоохранения РФ. - 2002.
5. Вихтинская И.А. Современные возможности МРТ в определении соответствия размеров плода родовым путям в III триместре беременности / И.А. Вихтинская [и др.] // Бюл. ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова. - 2011. - Прилож. 4. - С. 24-25.
6. Диагностика различных форм и степеней суженного таза у беременных: сравнение результатов магнитно-резонансной и наружной пельвиметрии / Н.Ю. Шмедык, В.В. Рязанов, В.В. Ипатов, С.Н. Козловский // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2014. - № 4 (48). - С. 37-41.
7. Калганова Р.И., Черепанов В.Н. К вопросу диагностики поперечносуженного таза. //Акуш. и гинекол. 1978. - N4. - С.53-56.
8. Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода. Клинические рекомендации МЗ РФ, Москва, 2014, 44с.
9. Магнитно-резонансная пельвиметрия: диагностика риска клинически узкого таза и дистоции плечиков в конце третьего триместра беременности / Г.Е. Труфанов, Н.Ю. Шмедык, И.А. Вихтинская, В.В. Рязанов, А.А. Шмидт, В.В. Ипатов, Д.О. Иванов // Проблемы женского здоровья. - 2014. - Т. 9, № 1. - С. 44-51.
10. МРТ плода: безопасно, информативно, доступно / В.В. Рязанов, И.А. Вихтинская, Г.Е. Труфанов и др. / Невский Радиологический форум. - СПб. - 2011. - С. 45-46.
11. Пальмов А.Ф. Терапия родов при узком тазе. Пермь. - 1929. -67 с.
12. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 ноября 2012 г. № 572н.
13. Серов В.Н., Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Румянцева В.П. и др. Медикаментозная подготовка к родам и родовозбуждение. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология, 2015, 5, приложение, 5-15
14. Чернуха Е.А. Родовой блок. Руководство для врачей. Триада Х, Москва, 2005, 712с.
15. Чернуха, Е.А., Волобуев, А.И., Пучко, Т.К. Анатомически и клинически узкий таз. - М.: Триада-Х, 2005. - 253 с.
16. Borell U, Fernstrom K Radiologic pelvimetry / Acta Radiologica. - 1960. - P. 3-97.
17. Gruss LT, Schmitt D. The evolution of the human pelvis: changing adaptations to bipedalism, obstetrics and thermoregulation. Phil. Trans. R. Soc. 2015, B 370: 20140063.
18. Hoffmann J, Thomassen K, Stumpp P, Grothoff M, Engel C, Kahn T, Stepan H. New MRI Criteria for Successful Vaginal Breech Delivery in Primiparae. PLoS On. 2016 Aug 17;ll(8):e0161028.
19. Huerta-Enochian GS, Katz VL, Fox LK, Hamlin JA, Kollath JP Magnetic resonance-based serial pelvimetry: do maternal pelvic dimensions change during pregnancy? Am J Obstet Gynecol. 2006 Jun;194(6):1689-94.
20. Huseynov Alik, Zollikofera Christoph P. E., Coudyzerb Walter, Gaschoc Dominic, Kellenbergerd Christian, Hinzpetere Ricarda, and Ponce de Ledna Marcia S. Developmental

evidence for obstetric adaptation of the human female pelvis. PNAS, 2016, vol. 113, no. 19, p.5227—5232.
21. Korhonen U, Taipale P, Heinonen S. Fetal pelvic index to predict cephalopelvic disproportion - a retrospective clinical cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 94: 615- 621.
22. Lenharda Miriam S, Johnsonb Thorsten RC, Weckbachb Sabine, Nikolaoub Konstantin, Friesea Klaus, Hasbargena Uwe Pelvimetry revisited: Analyzing cephalopelvic disproportion. Eur J Radiol. 2010 Jun;74(3):el07-ll.
23. Mengert WF, Thunau GR Estimation of pelvic capacity // JAMA. - 1948. Vol. 138 (3). - P. 169-174.
24. Pattinson RC, Cuthbert A, Vannevel V. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CDOOO161
25. Sataf R, Gauchotte E, Muhlstein J, Bernard C, Gauchotte G, Morel O. X- ray pelvimetry practice survey in Northeast French maternities J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015 Mar; 44(3):252-7.
26. Suonio S, Saarikoski S, Raty E, Vohlonen I. Clinical assessment of the pelvic cavity and outlet. Arch Gynecol. 1986;239(l):ll-6.
27. Zaretsky MV, Alexander JM, McIntire DD, Hatab MR, Twickler DM, Leveno KJ Magnetic resonance imaging pelvimetry and the prediction of labor dystocia. Obstet Gynecol. 2005 Nov; 106(5 Pt l):919-26.

Министр О.Н. Долгошапко

ОДОБРЕНО
Экспертным советом по
Стандартизации медицинской
Помощи в системе Министерства
Здравоохранения Донецкой
Народной Республики
_____№_____

Приложение.

Методика пельвиметрии при магнитно-резонансной томографии органов малого таза (Быченко В.Г., Кулабухова Е.А.)

МР-пельвиметрия является безопасным и эффективным методом измерения внутренних размеров таза, не связанным с лучевой нагрузкой и позволяющим установить диагноз анатомически узкого таза.

Для диагностики анатомического сужения таза магнитно - резонансная томография проводится на МР-томографах с индукцией поля от 1 до 3Тл. Исследование выполняется по следующему протоколу (таблица1). Рекомендуемые сроки проведения: II-III триместр беременности, оптимально - после 36 недель. Для сокращения времени исследования необходимо использование последовательности одноимпульсное, быстрое спин-эхо (SSFSE, HASTE). Продолжительность исследования составляет 5-10 мин. Результатами исследования служат полученные внутренние размеры таза, лобно-затылочный и битемпоральный размеры головки плода, а также выявление признаков симфизита, наличия экзостозов, последствий травматического повреждения костей таза, копчика и их деформация, идиопатических переломов боковых масс крестца.

Таблица 1. Протокол сканирования для выполнения МР-пельвиметрии.

	Программа	Ориентация срезов	Толщина среза, мм	матрица	Поле обзора	Время выполнения
1	Loc (программа для планирования срезов)	В 3-х взаимноперпендикулярных плоскостях	5-8	Не имеет значения	300-400мм	10-30 сек
2	SSFSE/HASTE T2BИ	сагиттальная	3-4	320x320 и выше	320-400мм	30-50 сек
3	SSFSE/HASTE T2BИ	Косая(плоскость входа в таз)	3-4	320x320 и выше	320-400мм	30-50 сек
4	SSFSE/HASTE T2BИ Fat Saturation	Косая (плоскость лонного сочленения)	3-4	320x320 и выше	320-400мм	30-50 сек
5	SSFSE/HASTE T2BИ	Косая (сагиттальная по отношению к головке плода)	3	320x320 и выше	320-360мм	20-40 сек
6	SSFSE/HASTE T2BИ	Косая (аксиальная по отношению к головке плода)	3	320x320 и выше	320-360мм	20-40 сек

Методика выполнения МР-пельвиметрии:

1. Позиционирование пациентки: пациентка укладывается на спину, в III триместре с поворотом на правый бок, приблизительно на 15 градусов, для предотвращения компрессии нижней полой вены, фиксируется с помощью валиков и подушек. На зону интереса, накладывается поверхностная катушка, при этом центр катушки позиционируется на зону интереса. При невозможности пациентки лежать на спине возможно проведение исследования на боку (вынужденное положение). Центровка осуществляется по центру катушки для достижения оптимальных условий сканирования.

2. Исследование начинается с обзорной программы для планирования последующих последовательностей. Обзорная программа получает изображения в трех ортогональных проекциях и служит исключительно для планировки.

1. Т2-взвешенные изображения (SSFSE/HASTE) в сагиттальной плоскости (по отношению к осям тела) толщина среза 3-4мм, матрица квадратная не менее 320x320, поле обзора 320-400мм (Рис3.). Сагиттальные томограммы служат для измерения прямых размеров таза: входа, широкой части полости, узкой части полости, выхода (расстояние от нижнего края лонного сочленения до копчика), длины и деформации копчика и кривизны крестца. Все измерения проводятся на срединном срезе, проходящем через лонное сочленение.

2. Т2ВИ (SSFSE/HASTE) в косой поперечной плоскости (плоскость входа в таз) толщина среза 3-4мм, матрица квадратная не менее 320х320, поле обзора 300- 340 мм томограммы позиционируют как показано на Рис.1 с использованием полученных сагиттальных срезов параллельно linea innominata. На полученных томограммах измеряют поперечные размеры таза: наибольший размер входа, широкой части, межостный, битуберозный (Рис4).

3. При исследовании после 36 недели необходимо оценить лонное сочленение с помощью Т2ВИ (SSFSE/HASTE) с подавлением МР-сигнала от жировой ткани. При выявлении расширения лонного сочленения, отека хряща, неровности контуров лонных поверхностей, узурации, зон отека костного мозга смежных поверхностей лонного сочленения (имеют повышенную интенсивность МР-сигнала), устанавливается диагноз симфизита (Рис. 3). Толщина среза должна составлять 3-4мм, матрица квадратная не менее 320х320, поле обзора 300-340мм томограммы позиционируют как показано на Рис.5 с использованием ранее полученных сагиттальных и косых срезов

4. Для оценки размеров головки плода выполняются программа Т2ВИ (SSFSE/HASTE) ориентированная по аксиальной плоскости головки с измерением лобно-затылочного и битемпорального размеров (Рис.6). Возможна проверка полученных размеров путем получения дополнительных срезов в фронтальной и сагиттальной плоскостях (по отношению к головке). Толщина среза должна составлять 3мм, матрица квадратная не менее 320х320, поле обзора 320-360мм томограммы позиционируют с использованием ранее полученных срезов.

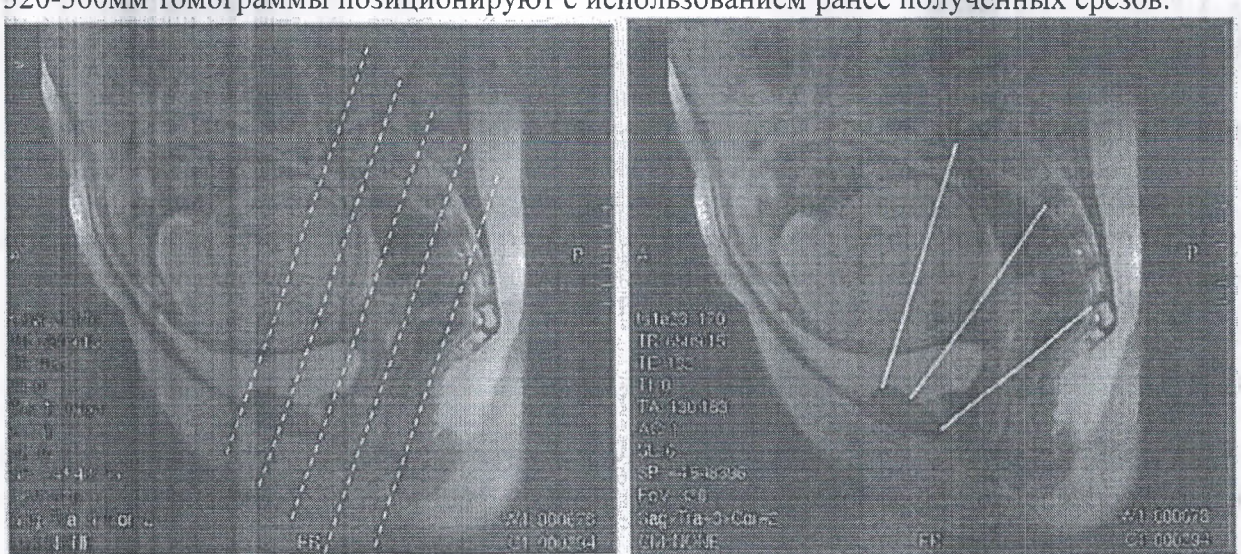


Рисунок 3. А. Т2ВИ в сагиттальной плоскости, пунктиром показана необходимая ориентация срезов для получения изображений по плоскости входа в таз. Б. Т2ВИ в сагиттальной плоскости, показаны основные размеры: 1 - широкой части, 2 - узкой части, 3 - выхода.

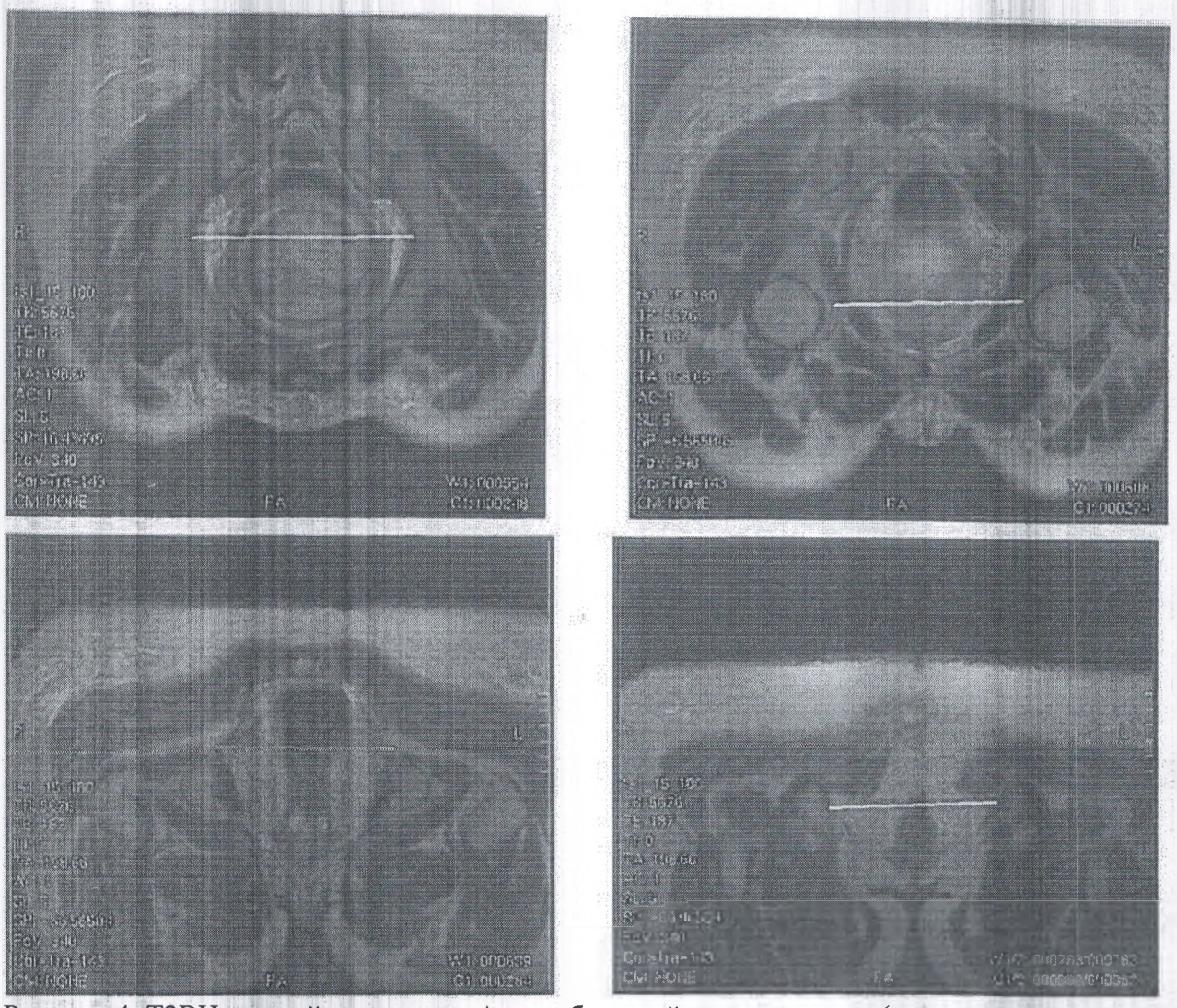
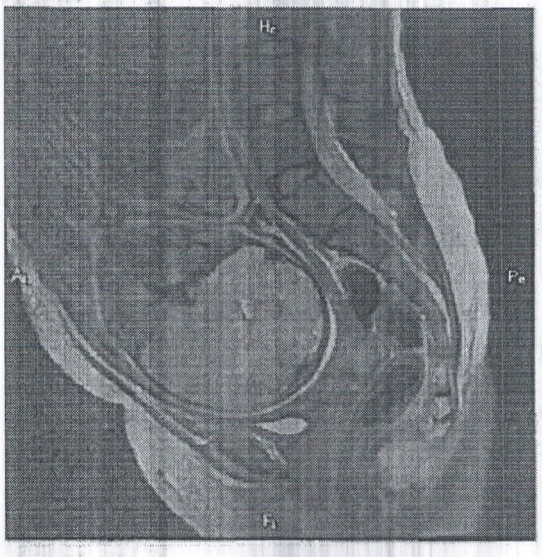


Рисунок 4. Т2ВИ в косой плоскости. А - наибольший диаметр входа (расстояние между наиболее удаленными точками безымянных линий костей таза). Б - поперечный диаметр широкой части полости (диаметр полости таза, лежащий на линии проходящей через центы головок бедренных костей). В - межостный размер или поперечный размер узкой части полости таза (расстояние между вершинами седалищных бугров). Г - битуберозный размер или поперечный размер выхода (расстояние между шероховатостями седалищных бугров)



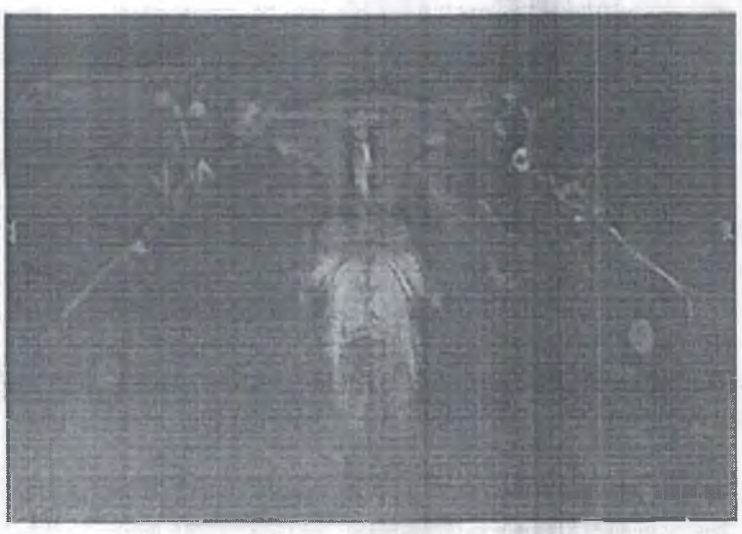


Рисунок 5. А - Т2ВИ в сагиттальной плоскости. Пунктиром показано планирование плоскости срезов для оценки состояния лобкового симфиза. Б - Т2ВИ с подавлением интенсивности МР-сигнала от жировой ткани через плоскость симфиза. Отмечается повышение интенсивности МР-сигнала от хряща, за счет явлений отека - признак симфизита.

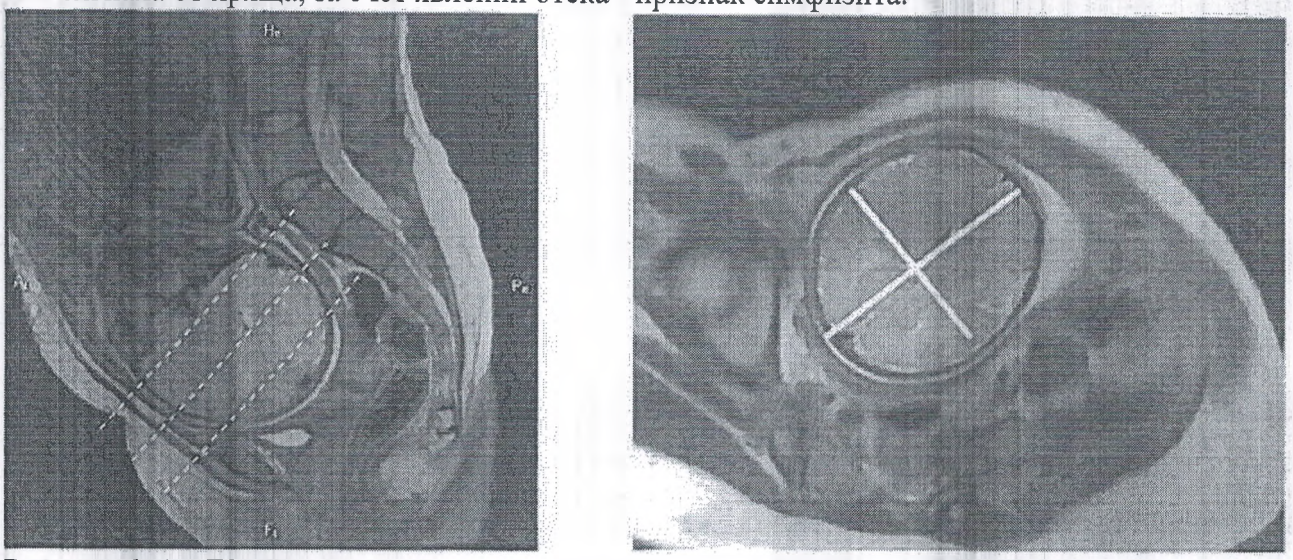


Рисунок 6. А - Т2ВИ в сагиттальной плоскости, пунктирными линиями показана плоскость позиционирования срезов для измерения головы плода. Б - Т2ВИ выполненная в косой плоскости по анатомическим ориентирам головы плода. Линиями показаны примеры измерения лобно-затылочного и битемпорального размеров.

По результатам исследования, врач отделения визуальной диагностики заполняет таблицу полученных размеров таза (таблица 2), сравнивая полученные значения с референсными (приведены в таблице 2). Также врач указывает наличие либо отсутствие признаков симфизита (после 36 недели) и размеры головки плода (рекомендуется после 38 недели). Типичные формы анатомического сужения таза в зависимости от изменения размеров приведены в таблице 3.

Таблица 2. Образец таблицы размеров таза с указанием нормы

Размеры таза					
Прямые:			**Поперечные:**		
Входа в таз	**(N=11 см)**		**Наибольший входа**	**(N=12,5см)**	
Широкой части	**(N= 12,5см)**		**Широкой части полости**	**N=12,5см)**	
Узкой части	**(N=IIсм)**		**Межостный**	**(N=10,5см)**	
Выхода	**(N=9,5см)**		**Битуберозный**	**(N=11,5см)**	
Длина копчика					

Таблица 3. Типичные формы анатомического сужения таза.

Форма таза	Прямые размеры			Поперечные размеры:			
	входа	широкой части	выхода	входа	широкой части	Межост-ный	битубе-розный
Нормальный таз	12,1	13,3	12,5	13,5	12,9	11,4	12,2
Поперечносуженный таз:							
а) поперечносуженный таз с увеличением прямых размеров	12,5	13,7	13,0	12,4	11,7	10,1	11,3
б) поперечносуженный таз с увеличением прямого размера широкой части полости	11,5	11,9	11,6	12,2	11,6	10,2	10,8
в) поперечносуженный таз с укорочением межостного размера	11,7	12,4	11,8	13,2	12,6	10,1	11,4
Плоский таз:							
а) простой плоский таз.	10,4	11,6	11,5	13,7	13,2	11,6	12,4
б) плоскорахитический таз	10,4	12,8	12,1	13,1	12,5	10,7	11,2
в) таз с укорочением прямого размера широкой части полости	11,5	11,7	11,8	13,6	12,9	11,4	12,2
Общеравномерносуженный таз	11,0	12,1	11,8	12,0	11,5	10,2	10,8

Показания для проведения магнитно-резонансной пельвиметрии (показания являются относительными и применяются с учетом клинической ситуации):

1. Беременные и роженицы группы высокого риска перинатальной патологии: повторнородящие с осложненным течением и неблагоприятным исходом предыдущих родов (слабость родовой деятельности, оперативное родоразрешение через естественные родовые пути, «трудные» роды, мертворождение, ранняя неонатальная смертность доношенных детей в результате родовой травмы, нарушение неврологического статуса у ребенка при последующем наблюдении);
2. Подозрение на анатомические изменения таза - сужение наружных размеров таза, наличие в анамнезе травматических повреждений, перенесенные рахит и полиомиелит, врожденный вывих тазобедренных суставов, рост менее 160 см.

3. Подозрение на диспропорцию между тазом матери и головкой плода: предполагаемые крупные размеры плода (4000 г и более), косое положение, тазовое предлежание плода, высокое расположение и подвижность головки плода при доношенном сроке беременности и пр.

4. В послеродовом периоде для прогноза последующих родов: диагностированный в родах клинически узкий таз, оперативные роды через естественные родовые пути, затяжной 2-й период родов, рождение травмированного ребенка и пр.

Противопоказания к исследованию для МРТ (абсолютные и относительные).

Абсолютные противопоказания:

1. Наличие кардиостимулятора либо других электронных имплантируемых устройств (протез внутреннего уха, инсулиновая помпа и т.д.)

2. Наличие ферромагнитных инородных тел (например, осколок внутри или вблизи глазного яблока, клипсы на сосудах головного мозга и т.д.).

Следует обратить внимание, что на сегодняшний день существуют отдельные модели вышеуказанных устройств (кардиостимулятор, клипсы), которые специально разработаны и испытаны в сильном магнитном поле, и с данными моделями проводить МРТ возможно.

Остальные противопоказания являются относительными и к ним относят:

1. Беременность: выполнение исследования в **I** триместре нежелательно,

2. Наличие имплантированных металлических устройств и конструкций (системы остеосинтеза, искусственные клапаны сердца, протезы суставов, кава-фильтры и т.д.). На этом пункте нужно остановиться детальнее. Большинство выпускаемых на сегодняшний день подобных изделий изготавливаются из немагнитных сплавов и не могут причинить вред здоровью пациента во время исследования, однако, не все.

Если у пациентки имеются имплантированные металлические конструкции, либо устройства - настоятельно рекомендуем проконсультироваться со специалистами по лучевой диагностике на предмет возможности выполнения исследования, либо обратить на это внимание пациентки перед исследованием с целью консультации с врачом рентгенологом. В любом случае, окончательное решение о возможности либо невозможности проведения исследования принимает врач рентгенолог на основании медицинской документации производителя имплантированного устройства.

УТВЕРЖДЕН

Приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

03.09.2019 № 1544

УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ»

I. Паспортная часть

Шифр МКБ-10: О00 (1)

Цель разработки протокола

Настоящий клинический протокол разработан с целью стандартизации оказания медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по специальности «Акушерство и гинекология» беременным женщинам с внематочной (эктопической) беременностью.

Для кого предназначен протокол

Протокол предназначен для руководителей учреждений здравоохранения и их заместителей из числа врачей, руководителей структурных подразделений учреждений здравоохранения по профилю «Акушерство и гинекология», врачей акушеров-гинекологов.

Дата разработки: февраль 2019 года.

Дата пересмотра: февраль 2025 года.

Список разработчиков

РАЗРАБОТЧИКИ

№п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Чурилов Андрей Викторович	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии «ДонНМУ им. М. Горького» профессор, доктор медицинских наук
2.	Свиридова Валентина Васильевна	Заместитель главного врача по акушерской и гинекологической помощи ДоКТМО МЗ ДНР, профессор кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького, доктор медицинских наук
3.	Данькина Илона Альбертовна	Доцент кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького , доктор медицинских наук
4.	Клецова	Доцент кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ

	Марина Ивановна	им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук
5.	Джеломанова Светлана Алексеевна	Доцент кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук
6.	Костенко Владимир Сергеевич	Заведующий отделением акушерской интенсивной терапии ДоКТМО МЗ ДНР, доцент кафедры анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФИПО ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по анестезиологической безопасности в акушерстве МЗ ДНР
7.	Сидоренко Геннадий Дмитриевич	Заведующий отделением экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО МЗ ДНР, кандидат медицинских наук
8.	Сиротина Елена Анатольевна	Заведующий гинекологическим отделением ДоКТМО МЗ ДНР

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

№п\п	**Фамилия, имя, отчество**	**Должность**
1.	Васильева Людмила Леонидовна	Начальник отдела охраны материнства и детства Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук, председатель Рабочей группы
10.	Смирнова Наталья	Заведующий отделением анестезиологии ДоКТМО МЗ ДНР, доцент кафедры анестезиологии,

	Николаевна	интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, главный внештатный специалист по анестезиологии МЗ ДНР
11.	Костенко Владимир Сергеевич	Заведующий отделением акушерской интенсивной терапии ДоКТМО МЗ ДНР, доцент кафедры анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФИПО ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по анестезиологической безопасности в акушерстве МЗ ДНР
12.	Морозова Наталья Игоревна	Главный специалист отдела охраны материнства и детства Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, кандидат медицинских наук
13.	Золото Елена Викторовна	Детский и подростковый гинеколог ДРЦОМиД МЗ ДНР, кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по гинекологии детского и подросткового возраста МЗ ДНР
14.	Овчинникова Елена Александровна	Директор Республиканского специализированного центра медицинской генетики и пренатальной диагностики МЗ ДНР, главный внештатный специалист по генетике и пренатальной диагностике МЗ ДНР
15.	Чурилов Андрей Викторович	Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, профессор, доктор медицинских наук
16.	Данькина Илона Альбертовна	Доцент кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynecologists

Определение

Внематочная (эктопическая) беременность (ВБ) - имплантация плодного яйца вне полости матки (например, в маточных трубах, шейке матки, яичниках, брюшной полости).

Классификация (МКБ-10)

O 00.0 Абдоминальная (брюшная) беременность.

O 00.1 Трубная беременность.

(1) Беременность в маточной трубе.

(2) Разрыв маточной трубы вследствие беременности.

(3) Трубный аборт.

O 00.2 Яичниковая беременность.

O 00.8 Другие формы внематочной беременности.

(1) Шеечная.

(2) В роге матки.

(3) Интралигаментарная.

(4) Стеночная.

O 00.9 Внематочная беременность неуточненная.

Осложненные формы (МКБ-10):

O 08.0 Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортом, внематочной и молярной беременностью.

O 08.1 Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортом, внематочной и молярной беременностью.

O 08.2 Эмболия, вызванная абортом, внематочной и молярной беременностью.

0 08.3 Шок, вызванный абортом, внематочной и молярной беременностью.

O 08.4 Почечная недостаточность, вызванная абортом, внематочной и молярной беременностью.

O 08.5 Нарушения обмена веществ, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью.

О 08.6 Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью.

О 08.7 Другие венозные осложнения, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью.

О 08.8 Другие осложнения, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью.

О 08.9 Осложнение, вызванное абортом, внематочной и молярной беременностью, неуточненное.

II. Общая часть

Во второй половине XX столетия наметилась стойкая тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности во всем мире, особенно среди подростков и молодых нерожавших женщин. Согласно данным эпидемиологических исследований, в индустриально развитых странах средняя статистическая частота внематочной беременности составляет 1,2-1,4% по отношению к общему числу беременностей и 0,8-2,4% – по отношению к родам. Материнская смертность при ВБ занимает второе место в мире и обусловлена быстро развивающимся кровотечением и шоком.

Особую актуальность представляет проблема «первой» внематочной беременности, поскольку более чем у 50% больных после хирургического лечения нарушается репродуктивная функция, а частота повторных эктопических нидаций составляет 7-17%. В связи с этим сохранение репродуктивной функции после эктопической беременности представляет важную медико-социальную проблему.

Ранняя диагностика эктопической беременности играет большую роль как в целях предотвращения серьезных осложнений, представляющих угрозу для жизни, так и в плане ее лечения, что позволяет чаще применять органосохраняющие операции у женщин, заинтересованных в сохранении репродуктивной функции.

17.	Свиридова Валентина Васильевна	Заместитель главного врача по акушерской и гинекологической помощи ДоКТМО МЗ ДНР, профессор кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук
18.	Железная Анна Александровна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, заместитель генерального директора по лечебной работе ДРЦОМиД МЗ ДНР, доктор медицинских наук
19.	Демина Татьяна Николаевна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук
20.	Яковлева Эльвира Борисовна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИП ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук
21.	Говоруха Ирина Тихоновна	Профессор кафедры акушерства гинекологии и перинатологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук
22.	Чермных Светлана Владимировна	Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук
23.	Морозова Наталья Андреевна	Доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, кандидат медицинских наук
24.	Шпатусько Николай Иванович	Доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР
25.	Холодняк Татьяна Игоревна	Доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, кандидат медицинских наук

26.	Мирович Евгений Давидович	Доцент кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук
27.	Хоменко Венера Альбертовна	Главный врач Перинатального центра г. Макеевки МЗ ДНР, главный внештатный акушер-гинеколог управления здравоохранения администрации г. Макеевки
28.	Талалаенко Юлия Александровна	Профессор кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького МЗ ДНР, доктор медицинских наук
29.	Мельников Александр Юрьевич	Заместитель главного врача по лечебной работе Республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ ДНР

Список сокращений

АД - артериальное давление

ВБ - внематочная (эктопическая) беременность

МРТ - магнитно-резонансная томография

РОАГ - Российское общество акушеров-гинекологов

ТВС - трансвагинальное сканирование

ХГЧ - хорионический гонадотропин человека

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

AEPU - Association of Early Pregnancy Unit

ASRM - American Society for Reproductive Medicine

NICE - National Institute for Clinical Excellence

III. Основная часть.

Виды, формы, условия оказания медицинской помощи пациенту с данным заболеванием или состоянием:

Вид медицинской помощи: **специализированная медицинская помощь.**

Условия оказания медицинской помощи: **стационарно.**

Форма оказания медицинской помощи, оказывающая наибольшее влияние на тактику ведения больного: **плановая, экстренная.**

3.1. Анатомическая классификация и частота вариантов ВБ

1. Трубная (интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимбриальная) - 98-99%.
2. Яичниковая - 0,1-0,7%.
3. Шеечная (1 на 9000-12000 беременностей) - 0,1-0,4%.
4. Брюшная (1 на 10000-25000 живорожденных) - 0,3-0,4%.
5. Гетеротопическая беременность (сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочной локализации другого) встречается крайне редко (1 из 30 000 беременностей).
6. Беременность в рубце после кесарева сечения - встречается редко, частота на данный момент не определена.

Частота внетубарной эктопической беременности достигает 5-8,3% из числа всех внематочных беременностей, а течение характеризуется массивным кровотечением нередко с фатальным исходом.

«Беременность неизвестной локализации» - состояние, при котором уровень β-ХГЧ составляет не менее 1000 МЕ/л, а плодное яйцо в матке и вне её полости при трансвагинальном УЗИ не визуализируется - пациенткам показаны трансвагинальное УЗИ и контроль сывороточного β-ХГЧ через 48-72 часа.

При беременности неизвестной локализации должна быть высокая настороженность в отношении внематочной беременности!

3.2. Клиническая классификация внематочной беременности

По течению:

1. Прогрессирующая.
2. Нарушенная.

По наличию осложнений:

1. Осложненная.
2. Неосложненная.

3.3. Факторы риска внематочной беременности.

Таблица 1

№	Фактор	Кратность увеличения риска
1	Операции на маточных трубах в анамнезе	21.0
2	Стерилизация	9.3
3	Эктопические беременности в анамнезе	8.3
4	Внутриматочная контрацепция	5.0
5	Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе	3.4
6	Бесплодие 2 года и более	2.7
7	Возраст матери:	
	- более 40 лет	2.9
	- 35-39 лет	1.4
8	Курение:	
	> 20 сигарет в день	3.9
	10-19 сигарет в день	3.1
	1-9 сигарет в день	1.7
	Бросившие курить	1.5
9	Аборты в анамнезе	3,2

3.4. Критерии, на основании которых врачу следует заподозрить внематочную беременность:

1. содержание (β-ХГЧ в сыворотке крови 1000-2000 МЕ/л;
2. при трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется;
3. абдоминальный болевой синдром в сочетании с положительным результатом теста на беременность в моче.

3.5. Диагностика ВБ

3.5.1. Клиническая картина: зависит от течения заболевания.

Клиническая картина определяется течением ВБ

Клиническое течение	Симптоматика
Прогрессирующая ВБ	• Задержка менструации • Периодические схваткообразные боли внизу живота • Кровянистые скудные выделения из половых путей
По типу разрыва плодовместилища	• Резкое начало • Боли в животе – выражены, иррадиация болей в прямую кишку • Симптомы раздражения брюшины - резко положительны
По типу аборта	• Боли в животе слабо выражены/отсутствуют • Симптомы раздражения брюшины слабо положительны/ отсутствуют
ВБ шеечной локализации	• Отсутствие кровяных выделений из половых путей • Скудные кровяные выделения из половых путей • Обильные кровяные выделения из половых путей (профузное кровотечение, клиника геморрагического шока)
Случаи беременности неизвестной локализации	• Уровень β-ХГЧ 1000-1500 МЕ/л при отсутствии визуализации плодного яйца трансвагинальным датчиком

3.5.2. Идентификация плодного яйца с помощью методов визуализации:

1. УЗИ-признаки внематочной беременности: отсутствие плодного яйца в полости матки; увеличение придатков матки или скопление жидкости позади матки; признаки гравидарной гиперплазии эндометрия (обнаружение эктопически расположенного эмбриона является важным, но редким диагностическим признаком).
2. Трансвагинальное УЗИ является методом выбора для диагностики трубной внематочной беременности (уровень доказательности В).
3. Трубная беременность должны быть диагностирована, если в области придатков визуализируется объемное образование, которое сдвигается отдельно от яичника (уровень доказательности Б).
4. УЗИ-критерии для диагностики шеечной внематочной беременности: пустая матка, бочкообразная шейка матки, плодное яйцо ниже уровня внутреннего зева шейки матки, при УЗИ с цветным допплеровским картированием - отсутствие кровотока вокруг плодного мешка (уровень доказательности Б).
5. УЗИ-критерии для диагностики беременности в рудиментарном роге матки: в полости матки визуализируется одна интерстициальная часть маточной трубы; плодное яйцо подвижно, отделено от матки и полностью окружено миометрием; к плодному яйцу, расположенному в роге матки, примыкает сосудистая ножка (уровень доказательности Б)
6. УЗИ-критерии для диагностики интерстициальной беременности: пустая полость матки, плодное яйцо располагается кнаружи в интерстициальной (интрамуральной) части трубы и окружено миометрием толщиной менее 5 мм. Во избежание ошибок (ранняя беременность или имплантация в боковые углы полости матки), результаты УЗИ в двух измерениях, по возможности, дополнить трехмерным УЗИ. В диагностике интерстициальной беременности может быть полезна магнитно-резонансная томография (МРТ) (уровень доказательности D).
    a. УЗИ является основным методом диагностики брюшной

беременности (трансабдоминальное) и беременности в рубце после кесарева сечения (трансвагинальное, если потребуется, - трансабдоминальное). МРТ может быть использована в качестве второй линии диагностики, если диагноз при УЗИ неоднозначен и врач имеет опыт такой диагностики (уровень доказательности D).

7. При гетеротопической беременности имеются УЗИ-признаки как маточной, так и эктопической беременности (уровень доказательности D).
8. Для диагностики яичниковой беременности специфических УЗИ-критериев нет (уровень доказательности D).

3.5.3. Оценка β -ХГЧ:

1. Положительный мочевой тест на беременность.

NB! β-ХГЧ сыворотки крови является единственным биохимическим маркером для диагностики ВБ.

2. Количественная оценка динамики уровня β-ХГЧ. В норме прирост β-ХГЧ каждые 48 часов при маточной беременности составляет более 50% (в среднем 63-66%). Только 17% ВБ имеют прирост β-ХГЧ в сыворотке крови, как при нормальной маточной беременности (уровень доказательности НА).
3. Снижение или малый прирост β-ХГЧ (диагностически незначимый) (ниже 53%) в сочетании с отсутствием беременности в полости матки на УЗИ свидетельствует о ВБ.
4. Недостаточный прирост β-ХГЧ может иметь место и при неразвивающейся маточной беременности.
5. Уровень β-ХГЧ имеет ограниченное значение в диагностике гетеротопической беременности (сочетание маточной и внематочной).

NB! Для постановки диагноза ВБ ***не показано*** исследование уровня прогестерона в сыворотке крови (уровень доказательности B).

Таблица 2

Рекомендации по оценке соотношения уровня β-ХГЧ и результатов УЗИ у клинически стабильных пациенток (Good practice points, Queensland Clinical Guidelines, 2014)

ß-ХГЧ и твс	**Тактика**
ß-ХГЧ менее 2000 ЕД/л	Повторить трансвагинальное сканирование (ТВС) и определить уровень ß-ХГЧ через 48-72 часа
ß-ХГЧ более 2000 ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, увеличение придатков и/или свободная жидкость в брюшной полости	Высокая вероятность внематочной беременности
ß-ХГЧ более 2000 ЕД/л и ТВС: в матке беременности нет, в брюшной полости патологических изменений не обнаружено	Повторить ТВС и ß-ХГЧ через 48-72 часа
Снижение или малый прирост ß-ХГЧ (диагностически незначимый)	Беременность не прогрессирует (маточная или внематочная) Обеспечить надлежащее обследование для уточнения диагноза и последующих мер для элиминации беременности

3.6. Маршрутизация

1. Все пациентки с диагнозом «подозрение на ВБ» должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка.

2. Пациентки с диагнозом ВБ госпитализируются в гинекологическое отделение бригадой скорой помощи. При наличии геморрагического шока во время транспортировки медицинский персонал стационара о поступлении больной должен быть уведомлен заранее.

3. При тяжелом состоянии больной, обусловленном геморрагическим шоком, пациентка должна быть госпитализирована в ближайшее хирургическое отделение.

4. **Любая форма прогрессирующей внетубарной ВБ должна быть госпитализирована в стационар 3 уровня бригадой скорой помощи.**

5. При поступлении в стационар при наличии геморрагического шока пациентка должна быть транспортирована в оперблок.

6. При подозрении на ВБ шеечной локализации осмотр на кресле проводится в условиях развернутой операционной (на доклиническом этапе и в приемном отделении не проводится).

7. При поступлении в стационар обязательный алгоритм обследования в экстренном порядке:

3.7. ЛЕЧЕНИЕ ВБ

Эффективность лечения определяется:

Постановкой диагноза ВБ на малых сроках (УЗИ и уровень (β -ХГЧ).

Предпочтением использования лапароскопического доступа по сравнению с лапаротомией.

3.7.1. Хирургическое лечение - основной метод лечения при любой форме нарушенной ВБ, а также при прогрессирующей абдоминальной, яичниковой беременности, при эктопической беременности в интерстициальном отделе маточной трубы и рудиментарном роге матки.

1. **радикальное** (с удалением плодного яйца вместилищем плодовместилищем);
2. **органосохраняющее** (удаление плодного яйца с оставлением плодовместилища).

3.7.2. Консервативное - медикаментозная терапия метотрексатом или метотрексатом в сочетании с фолиевой кислотой. Используется в

соответствии с рекомендациями ASRM (2006); ACOG (2015); РОАГ(2014); RCOG (2016), может рассматриваться лишь как альтернатива органоуносящей операции при необходимости сохранения репродуктивной функции только в гинекологических стационарах 3 уровня оказания медицинской помощи, после получения информированного добровольного согласия пациентки.

День терапии	**Обследования**	**Доза метотрексата**
1	β -ХГЧ сыворотки крови, трансвагинальное сканирование, печеночные пробы, общий анализ крови, группа крови, мочевина, электролиты	50 мг/м^2 метотрексата в/м
4	β -ХГЧ сыворотки крови	
7	β -ХГЧ сыворотки крови	

3.7.3. Тактика:

Если β -ХГЧ снизится менее, чем на 15% за 4-7 дней, повторно - ТВС и Метотрексат 50 мг/м^2, если есть признаки ВБ.

Если β -ХГЧ уменьшится более, чем на 15% за 4—7 дней, повторяют исследования β -ХГЧ 1 раз в неделю до уровня менее 15 МЕ/л.

Клинический протокол NICE (2012) рекомендует метотрексат как лечение первой линии для женщин у которых:

1. отсутствует значительная боль;
2. неразорвавшаяся внематочная беременность с диаметром плодного яйца менее 35 мм, без видимых по УЗИ сердцебиений;
3. уровень сывороточного (β -ХГЧ между 1500 и 5000 МЕ /л;
4. нет маточной беременности (как это было подтверждено на УЗИ).

3.7.4. Противопоказания к назначению метотрексата:

1. Нестабильность гемодинамики.

2. Наличие маточной беременности.
3. Грудное вскармливание.
4. Отсутствие возможности наблюдения.
5. Повышенная чувствительность к метотрексату.
6. Хронические заболевания печени.
7. Предшествующая дискразия крови.
8. Заболевания легких.
9. Иммунодефицит.
10. Язвенная болезнь.

Комбинированное лечение - хирургическое и консервативное (при ВБ шеечной локализации, интерстициальной, брюшной беременности).

Выжидательная тактика - при низком уровне β-**ХГЧ менее 200 и отсутствии его прироста.** Во многих случаях при низких уровнях β-ХГЧ эктопическая беременность регрессирует спонтанно.

У пациенток с резус-отрицательной кровью и прервавшейся ВБ высок риск аллоиммунизации - в 25% в материнской крови обнаруживаются фетальные клетки. Резус-отрицательным женщинам с подтвержденной внематочной беременностью следует ввести антирезусный иммуноглобулин согласно инструкции по **применению препарата.**

3.7.4. Хирургическое лечение.

Хирургическое лечение трубной беременности

1. Сальпинготомия.
2. Сальпингэктомия.

3.7.5. Показания и условия к сальпингэктомии:

1. нарушенная трубная беременность;
2. повторная трубная беременность в уже ранее оперированной маточной трубе (информированное согласие больной);
3. основной метод лечения при прогрессирующей трубной

беременности при β-**ХГЧ более 3000-5000 МЕ/л.**

3.7.6. Доступ:

1. При наличии геморрагического шока наиболее целесообразным является метод лапаротомии, как метод, способствующий более быстрой остановке кровотечения (уровень С, IV). Однако окончательный выбор определяется навыками хирурга и возможностью быстрой остановки кровотечения. В большинстве медицинских организаций такой процедурой является лапаротомия.
2. Если пациентка гемодинамически стабильна, лапароскопический подход к хирургическому лечению нарушенной трубной беременности более предпочтителен по сравнению с методом открытого хирургического вмешательства (уровень А, 1А).
3. Различий в частоте наступления в последующем маточной беременности при лапароскопическом или лапаротомическом доступе нет. Однако частота наступления повторной трубной беременности при лапароскопическом доступе ниже, чем при лапаротомическом (уровень 1А).

3.7.7. Показания и условия к сальпинготомии:

1. Отсутствие разрыва стенки плодовместилища.
2. Отсутствие геморрагического шока.
3. Необходимость сохранения репродуктивной функции.
4. У пациенток с бесплодием в анамнезе, трубно-перитонеальным фактором риска репродуктивных нарушений (внематочная беременность, отсутствие или заболевание контралатеральной маточной трубы, предыдущие операции на брюшной полости, предыдущие воспалительные заболевания тазовых органов) (уровень доказательности В) в сочетании с желанием сохранения репродуктивной функции.
5. Пациентка должна быть проинформирована о следующих рисках при сальпинготомии:

   - После сальпинготомии трофобласт может быть «устойчивый»

(персистирующий), что вызывает необходимость контроля ХГЧ (уровень доказательности С).

Признаки «устойчивого» (персистирующего) трофобласта: в послеоперационный период отсутствует снижение уровня сывороточного (В-ХГЧ или его концентрация выше 3000 МЕ/л и наличие активного трубного кровотока.

- Риск внутрибрюшного кровотечения в послеоперационном периоде после сальпинготомии на фоне персистирующего трофобласта выше, чем при сальпингэктомии.

- Повышен риск повторной внематочной беременности в сохраненной трубе (уровень В). Частота наступления ВБ после сальпинготомии выше, чем после сальпингэктомиии: в первый год - 72,4 и 56,3%, через 1,5 года - 62 и 38%, за семилетний период - 89 и 66% соответственно.

- На сальпинготомию необходимо обязательно получить письменное информированное добровольное согласие пациентки.

При наличии здоровой контрлатеральной маточной трубы должна быть выполнена сальпингэктомия в предпочтение сальпинготомии (уровень доказательности В).

3.7.8. Хирургическое лечение внетубарной эктопической беременности.

1. При овариальной беременности - аднексэктомия, овариоэктомия, резекция яичника (в зависимости от локализации и степени деструктивных изменений).
2. При беременности в рудиментарном роге или интерстициальном отделе маточной трубы:

- клиновидная резекция угла матки (при необходимости сохранения фертильности) лапаротомическим или лапароскопическим доступом с

последующей реконструкцией матки (иногда в сочетании с сальпингэктомией на пораженной стороне);

- удаление рудиментарного рога (при необходимости сохранения фертильности);
- при обширном повреждении матки - экстирпация матки.

3. При беременности в интерстициальной части маточной трубы при отсутствии чрезмерного кровотечения возможна гистерорезектоскопия под контролем лапароскопии.
4. В ряде случаев при отсутствии чрезмерного кровотечения при необходимости сохранить репродуктивную функцию как метод лечения интерстициальной беременности может быть рассмотрен вопрос о гистеротомии (лапаротомическим или лапароскопическим доступом) с удалением плодовместилища (в т.ч. юоретаж, вакуум-эвакуация) с послеоперационным исследованием уровня (β -ХГЧ в динамике.
5. При беременности в рубце на матке могут быть выполнены как органосохраняющая (удаление плодовместилища с иссечением рубца, пластикой стенки матки (при необходимости сохранения фертильности), так и органоуносящая - гистерэктомия (при незаинтересованности в дальнейших беременностях) операции.
6. При абдоминальной беременности в зависимости от срока беременности и размеров плодного яйца - резекция органа (вылущивание плодного яйца), при беременности большого срока - абдоминальное родоразрешение с перевязкой пуповины поблизости от плаценты.
7. При беременности в рудиментарном роге, абдоминальной беременности, беременности в интерстициальной части маточной трубы или беременности в рубце для профилактики массивной кровопотери возможна предварительная эмболизация или перевязка сосудов.
8. При локализации беременности в шейке матки производится экстирпация матки. При необходимости сохранения фертильности возможно проведение эндоваскулярной эмболизации нисходящих ветвей маточных артерий, при наличии сердцебиения эмбриона - введение в плодный

мешок метотрексата, с последующим удалением плодного яйца и тампонадой шейки матки.

Прогрессирующая беременность внетубарной локализации требует перевода в учреждение 3 уровня оказания медицинской помощи.

3.7.9. Дальнейшее ведение:

1. использование КОК в течение 6 месяцев;

2. рекомендации по планированию семьи.

3.7.10. Профилактические мероприятия:

1. использование современных методов контрацепции;

2. профилактика абортов;

3. своевременная диагностика и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза.

IV. Индикаторы эффективности лечения:

1. клиническое выздоровление (улучшение общего состояния, исчезновение болевого синдрома, снижение уровня β ХГЧ, нормализация показателей крови);

2. восстановление эндокринной функции половой системы (восстановление менструального цикла);

3. восстановление адаптационно-защитных механизмов и репродуктивной функции женщины.

Приложение 1

Классификация уровней доказательности и градации рекомендации

Классификация уровней доказательности		Градации рекомендации	
1А	Доказательства, полученные от метаанализа рандомизированных контролируемых исследовании.	А	Требует как минимум одного РКИ хорошего общего качества и содержания соответствующего теме данной рекомендации. (Уровни доказательности 1а, 1б)
1Б	Доказательства, полученные от как минимум одного рандомизированного контролируемого исследования.		
2А	Доказательства, полученные от как минимум одного контролируемого исследования хорошего дизайна без рандомизации.	В	Требует доступности хорошего контролируемого клинического исследования, но не РКИ по теме рекомендации (Уровни доказательности Па, ПЬ, III)
2Б	Доказательства, полученные от как минимум одного квази-экспериментального исследования хорошего дизайна.		
3	Доказательства, полученные от не экспериментальных исследований, таких, как сравнительные исследования, корреляционные исследования и описания случаев.		
4	Доказательства, полученные от комитета экспертов или заключение, исходящее от клинического опыта уважаемых авторитетов		Требует доказательств из отчетов экспертных комитетов или мнения и/или клинический опыт уважаемых авторитетов. Указывает на неимение прямо применяемых клинических исследовании хорошего качества. (Уровень доказательности IV)

IV. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения», утвержденные Минздравом России и РОАГ от 7 июня 2016 г. №15-4/10/2-3482. - 32 с.
2. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2015 году. Справочник Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва, 2016. - 33 с.
3. National Clinical Practice Guideline the Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Clinical Strategy and Programmes, Health Service Executive №3. 2014.
4. Mol F, van Mello NM, Strandell A, Strandell K, Jurkovic D, Ross J et al. for the European Surgery in Ectopic Pregnancy (ESEP) study group (2014). Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study): an open-label, multicentre, randomized controlled trial. Lancet, 2014 Apr 26;383(9927): 1483-9;
5. National Institute for Clinical Excellence, NICE. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. Clinical Guideline No. 154. Manchester: NICE. December 2012.
6. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy Green-top Guideline No. 21 RCOG/AEPU Joint Guideline, November 2016. - 41 p.
7. Birch Petersen K, Hoffmann E, Rifbjerg Larsen C, Svarre Nielsen H. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies.Fertil Steril. 2016 Apr;105(4):958-67.
8. Shen L, Fu J, Huang W, Zhu H, Wang Q, Yang S, Wu T Interventions for non-tubal ectopic pregnancy. The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2014, Issue 7, p. 18.
9. Early Pregnancy Loss. ACOG. Practice Bulletin Number 150., Obstetrics & Gynecology: May 2015 - Volume 125 - Issue 5 - p 1258-1267.

10. Management of early pregnancy miscarriage. Clinical practice guideline. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Strategy and Clinical Programmes, Health Service Executive. April 2012, Guideline No. 10 Revision date: April 2014. - 24 p.

11. Early pregnancy loss. Queensland Clinical Guideline. MN11.29-V2-R16 September 2011. Amendment date March 2015.- 33 p.

12. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации 4-е издание переработанное и дополненное / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих.- ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 1024 с.

13. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Joshua H. Barash, Edward M. Buchanan, Christina Hillson. American Family Physician website at www.aafp.org/afp. 2014, p. 34-40.

14. Medical management of ectopic pregnancy. Guideline Summary NGC-6533// www.guideline.gov/content.aspx?id=12625.

15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

16. Алан Х. Де Черни, Лорен Натан. Акушерство и гинекология, т. 1. Москва, 2008. - 772 с.

17. RCOG. The management of tubal pregnancy. RCOG Clinical Guideline No 21, May 2004.

18. Bangsgaard N, Lund C, Ottesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *BrJ Obstet Gynaecol* 2003;110:765-70.

19. Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, Coats TJ, Duranteau J, Fernandez-Mondejar E, Filipescu D, Hunt BJ, Komadina R, Nardi G, Neugebauer EA, Ozier Y, Riddez L, Schultz A, Vincent JL, Spahn DR. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. Crit Care. 2016 Apr 12;20(1):100.

20. Fowler A, Perry DJ. Laboratory monitoring of haemostasis. Anaesthesia. 2015 Jan;70 Suppl 1:68-72 15.

21. Bonhomme F, Ajzenberg N, Schved JF, Molliex S, Samama CM; French Anaesthetic and Intensive Care Committee on Evaluation of Routine Preoperative Testing; French Society of Anaesthesia and Intensive Care. Pre-interventional haemostatic assessment: Guidelines from the French Society of Anaesthesia and Intensive Care. Eur J Anaesthesiol. 2013 Apr;30(4): 142-62.

22. Benes J, Zatloukal J, Kletecka J. Viscoelastic Methods of Blood Clotting Assessment - A Multidisciplinary Review. Front Med (Lausanne). 2015 Sep 14; 2:62.

23. Kawahara Y, Watanabe Y, Tomoda Y, Kino S. Contribution of central hospital laboratory to critical bleeding. Rinsho Byori. 2014 Dec;62(12): 1286-94.

24. Mallett SV, Armstrong M. Point-of-care monitoring of haemostasis. Anaesthesia. 2015 Jan;70 Suppl 1:73-7.

25. Taylor FB Jr, Toh CH, Hoots WK, Wada H, Levi M; Scientific Subcommittee on Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) of the International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH). Towards definition, clinical and laboratory criteria, and a scoring system for disseminated intravascular coagulation. Thromb Haemost. 2001 Nov;86(5): 1327-30.

26. Levi M. Diagnosis and treatment of disseminated intravascular coagulation. Int J Lab Hematol. 2014 Jun;36(3):228-36. 54.

27. Kobayashi T. Obstetrical disseminated intravascular coagulation score. J Obstet Gynaecol Res. 2014 Jun;40(6): 1500-6.

28. Erez O, Mastrolia SA, Thachil J. Disseminated intravascular coagulation in pregnancy: insights in pathophysiology, diagnosis and management. Am J Obstet Gynecol. 2015 Oct;213 (4):452-63.

29. Basaranoglu S, Evsen MS, Aga?ayak E, Deregozii A, Tun? SY, Yilmaz Z, Yildinm Y, Sak ME, Yildinm ZB, Kavak GO, Gul T. Evaluation of Obstetrical Patients with Disseminated Intravascular Coagulopathy - Tertiary Center Experience. J Matern Fetal Neonatal Med. 2015 Oct 29:1-20.

30. Ball CG. Damage control surgery. Curr Opin Crit Care. 2015 Dec;21(6):538-43.

31. Vymazal T. Massive hemorrhage management-a best evidence topic report. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 27;11:1107-11.

32. Main EK, Goffman D, Scavone BM, Low LK, Bingham D, Fontaine PL, Gorlin JB,Lagrew DC, Levy BS; National Partnership for Maternal Safety; Council on Patient Safety in Women's Health Care. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Obstetric Hemorrhage. Obstet Gynecol. 2015 Jul;126(l):155-62-65

33. Yu SP, Cohen JG, Parker WH. Management of Hemorrhage During Gynecologic Surgery. Clin Obstet Gynecol. 2015 Dec;58(4):718-31.

Министр О.Н. Долгошапко

ОДОБРЕНО
Экспертным советом по стандартизации
медицинской помощи в системе
Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики
_____ № _____