

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)



КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ

УЗКИЕ ТАЗЫ В АКУШЕРСТВЕ

Методические указания к практическому занятию по теме «Узкие тазы в акушерстве» для студентов 4 курса лечебного и педиатрического факультетов.

КРАСНОДАР 2017

УДГ 618.31-06(075.8)

ББК 57.1

О - 79

Составители: сотрудники кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России:

доцент, к.м.н. Холина Л.А.

доцент, к.м.н. Томина О.В.

доцент, к.м.н. Боровиков И.О.

Под редакцией заведующей кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России профессора, д.м.н. Куценко И.И.

Рецензенты: Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России д.м.н. Карахалис Л.Ю.

Главный врач МБУЗ Роддом, г.Краснодар, профессор, д.м.н. Сторожук А.П.

Методическое указание составлено с учетом требований ФГОС ВО.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, протокол №10 от 02.06.2017г.

Предисловие

Цель данных методических указаний – овладение студентами знаний об этиологии, факторах риска, классификациях, характеристиках узких тазов в акушерстве, клинике, диагностике, особенностях ведения родов. Содержащаяся в методических указаниях информация необходима для освоения дисциплины «Акушерство и гинекология», успешной практической деятельности акушеров-гинекологов и врачей других специальностей.

Методические указания содержат теоретический материал, ситуационные задачи, тесты для контроля уровня знаний, список основной и дополнительной литературы.

Предназначены для студентов 4 курса лечебного и педиатрического факультетов медицинских ВУЗов.

Введение

Несмотря на значительное снижение частоты таких видов, как грубо деформированный таз и сужение его разной степени, проблема узкого таза не утратила своей актуальности. Значимость проблемы обусловлена процессом акселерации, возрастанием величины массоростового показателя среди населения, увеличением частоты смешанных формы узкого таза.

Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относится к наиболее трудным разделам практического акушерства, так как узкий таз является одной из причин материнского и детского травматизма и причиной материнской и перинатальной смертности. Частота анатомически узкого таза составляет от 1,04 до 7,7%.

Тема: « Узкие тазы в акушерстве».

Цель занятия: овладеть знаниями по диагностике, клинике, особенностям течения и ведения беременностей и родов при анатомически и клинически узком тазе.

Требования к уровню усвоения материала:

Студент должен знать: определение понятия "анатомически узкий таз", классификацию по форме и степени сужения таза, диагностику, особенности течения и ведения беременности и родов в зависимости от формы и степени сужения таза, биомеханизм родов при анатомически узком тазе, определение понятия "клинически узкий таз", причины клинического несоответствия, диагностику и врачебную тактику при клинически узком тазе, осложнения для матери и плода.

Студент должен уметь: поставить диагноз анатомически узкого таза на основании измерения наружных размеров таза с помощью тазомера, измерения диагональной конъюгаты, оценки признаков Вастена; провести диагностику форм сужения таза, определить степень сужения таза и дать развернутый диагноз в соответствии с принятой классификацией; уметь диагностировать клинически узкий таз в I и II периодах родов, прогнозировать течение родов при анатомически и клинически узком тазе, уметь выбрать правильную тактику родоразрешения.

Практические навыки: произвести акушерское обследование, расшифровать данные дополнительных методов исследования

Этапы занятия и их краткое содержание

1	Введение	10 мин	Определение актуальности изучаемой проблемы
2	Предварительный контроль и коррекция исходного уровня знаний	20 мин	Выяснение исходного уровня знаний студентами данной темы методом письменного тестирования с использованием тестов 1 уровня
3	Самостоятельная работа по усвоению темы	50 мин	Самостоятельное решение студентами ситуационных задач 2-3 уровня сложности методом «малых групп» с последующим письменным обоснованием диагноза, назначением плана обследования и лечения
4	Текущий контроль и коррекция результатов усвоения	30 мин	Разбор клинических задач
5	Работа у постели беременной под контролем преподавателя, освоение практических навыков	40 мин	Курация беременных
6	Клинический разбор историй болезни, задания для самостоятельной работы	30 мин	Выделение ведущих симптомов. Составление обоснования диагноза, плана обследования, лечения беременных
7	Итоговый контроль уровня усвоения материала	30 мин	Обсуждение выполненной практической работы, коррекция ошибок
8	Заключение и задание на дом	10 мин	Подведение итогов занятия и задание на дом.

I Краткая теоретическая часть

1.1 Причины формирования узкого таза

1. В детском возрасте основными факторами являются: недостаточное питание, рахит, полиомиелит и другие.
2. В период полового созревания важную роль играют половые гормоны: эстрогены и андрогены. Так, эстрогены стимулируют рост таза в поперечных размерах и его созревание (окостенение), андрогены – рост скелета и таза в длину, при нарушении их соотношения формируется таз неправильной формы. Как, например, при врожденном аденогенитальном синдроме часто наблюдается андроидный (мужской) тип таза.
3. К деформациям таза приводят: туберкулез, травматические повреждения таза, позвоночника и нижних конечностей.
4. В современных условиях значительные психоэмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации, усиленные занятия спортом в раннем возрасте вызывают компенсаторную гиперфункцию гормональной системы организма девочки и девушки, что в конечном итоге приводит к формированию поперечносуженного таза (напоминающего мужской).

1.2 Классификация анатомически узкого таза

Классификация анатомически узкого таза основывается либо на этиологическом принципе, либо на основе оценки узкого таза по форме и степени сужения. В нашей стране обычно используется классификация, основанная на форме и степени сужения таза.

Классификация по форме сужения:

1. Сравнительно часто встречающиеся формы узкого таза:
 - общеравномерносуженный,
 - попереченосуженный таз,

- плоский таз: 1) простой плоский,
- 2) плоскорихитический
- общесуженный плоский.
- 2. Редко встречающиеся формы узкого таза:
 - кососмещенный и кососуженный,
 - ассимиляционный,
 - воронкообразный,
 - кифотический,
 - остеомалатический,
 - спондилитический,
 - таз, суженный экзостозами, костными опухолями, вследствие переломов таза со смещением,
 - др. формы.

Классификация по степени сужения таза (основанная на размерах истинной конъюгаты):

- 1) I степень сужения — истинная конъюгата 9-11 см.
- 2) II степень — истинная конъюгата 7,5-9,0 см.
- 3) III степень — истинная конъюгата 6,5-7,5 см.
- 4) IV степень — истинная конъюгата меньше 6,5 см (абсолютно узкий таз).

Сужения таза III и IV степени в практике встречаются чрезвычайно редко.

За рубежом широко используется классификация, учитывающая особенности строения таза:

1. Гинекоидный (женский тип таза).
2. Андроидный (мужской тип).
3. Антропоидный (присущий приматам).
4. Платипеллоидный (плоский).

Кроме указанных 4х перечисленных форм, различают 14 вариантов смешанных форм таза.

1.3 Диагностика

Диагностика узкого таза осуществляется на основании данных анамнеза, объективного исследования и использование специальных методов:

1. Общий анамнез (развитие организма женщины во время внутриутробной и внеутробной жизни, влияние внешней среды на организм).
2. Специальный анамнез (менструальная функция, как протекали и чем заканчивались предыдущие беременности, масса детей при рождении и так далее).
3. Объективные общие данные (вес, рост, тип телосложения, пропорциональность, строение позвоночника, подвижность суставов и др.).
4. Объективные специальные данные (форма живота, угол наклона таза, форма ромба Михаэлиса, индекс Соловьёва, измерение наружных размеров таза с помощью тазомера, влагалищное исследование емкости таза, диагональной конъюгаты, экзостозов и деформаций и др.).
5. Использование специальных методов (УЗИ, Р-пельвиометрия, консультации других специалистов).

1.4 ХАРАКТЕРИСТИКА часто встречающихся форм таза.

ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ — все размеры (прямые, поперечные, косые) уменьшены на одинаковую величину, чаще всего на 1,5-2,0 см. Общеравномерносуженный таз чистого типа наблюдается у женщин небольшого роста, правильного телосложения. Таз имеет

правильную форму нормального хорошо развитого таза, но все размеры его уменьшены. Наблюдаются следующие разновидности общеравномерносуженного таза:

а) Инфантильный – встречается у женщин при морфологических и функциональных признаках инфантилизма. Наряду с уменьшением всех размеров таз сохраняет некоторые признаки присущие детскому возрасту: крестец узок и малоизогнут, лобковый угол острый.

б) Таз мужского типа – у женщин высокого роста с признаками интерсексуальности. По строению таз приближается к мужскому: высокая, воронкообразная форма полости, острый лобковый угол.

в) Карликовый таз – крайняя степень сужения общеравномерносуженного таза. Встречается чрезвычайно редко у женщин маленького роста (120-145 см), но пропорционального телосложения.

ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ — характеризуется уменьшением всех поперечных размеров малого таза на 1-2 см и более, при нормальных прямых размерах всех плоскостей малого таза.

Вход в малый таз имеет круглую или продольно-овальную форму. Этот тип таза напоминает мужской.

Диагностика поперечносуженного таза общепринятыми клиническими методами и представляет определенные сложности. Результаты наружного определения основных размеров таза при его поперечном сужении не всегда информативны.

Наибольшее диагностическое значение имеет определение поперечного размера крестцового ромба (менее 10 см) и поперечного размера плоскости выхода малого таза (менее 10.5 см), которые у женщин с поперечносуженным тазом уменьшены.

Поперечносуженный таз имеет и другие анатомические особенности:

- малую развернута из крыльев подвздошных костей,
- узкую лонную дугу.

При влагалищном исследовании отмечается сближение седалищных остей, острый лонный угол. Окончательный диагноз данной формы таза можно поставить только при R-пельвиометрии.

Женщины с поперечносуженным тазом часто имеют мужской тип телосложения.

ПЛОСКИЙ ТАЗ — характеризуется укорочением прямых размеров при обычной величине поперечных и косых. Плоский таз возникает в результате смещения крестцовой кости вперед, к лонному сочленению.

Различают две формы плоского таза:

а) Простой плоский таз – характеризуется выдвиганием крестца в таз без изменения формы и кривизны крестца, что приводит к уменьшению всех прямых размеров, вход в малый таз имеет отчетливую форму овала, расположенного длинником поперёк.

Причина образования простого плоского таза не выяснена, у женщин с этим видом узкого таза – телосложение правильное.

б) Плоско-рахитический таз – резко отличается по своему строению от нормального таза. Он является следствием заболевания детей рахитом. При этом заболевании окостенение широких хрящевых прослоек, разделяющих кости таза, замедляется, они значительно утолщаются. Давление позвоночника на таз и натяжение мышечно-связочного аппарата приводит к деформации таза.

Плоско-рахитический таз характеризуется следующими признаками: крылья подвздошных костей слаборазвиты, плоские, развернуты, в соответствие с этим $d.Spinarum$ приближается к $d.Cristarum$, и даже может превышать ее, крестцовый мыс глубоко выступает в плоскость входа в малый таз, прямой размер плоскости

входа в малый таз (истинная конъюгата) уменьшен, плоскость входа приобретает форму почки или «карточного» сердца, крестец уплощен и отогнут кзади вокруг оси, проходящей в поперечнике пояснично-крестцового сочленения, вследствие чего размеры выхода из малого таза увеличены. Иногда определяется второй, «ложный» мыс, который образуется, по-видимому, в результате задержки окостенения межпозвоночного хряща между первым и вторым крестцовыми позвонками, неокостеневший хрящ в виде диска выступает своим передним краем в полость таза.

Практическое значение «ложного» мыса заключается в том, что иногда он располагается ближе к лонному сочленению, чем истинный мыс.

ОБЩЕСУЖЕННЫЙ ПЛОСКИЙ ТАЗ — таз, совмещающий в себе признаки общеравномерносуженного и простого плоского тазов. У большинства женщин с таким тазом можно обнаружить общее недоразвитие и следы перенесенного в детстве рахита.

Сужение таза может быть выражено очень резко, причем наиболее сильно укороченным оказывается прямой размер входа в малый таз. Строение полости малого таза может быть различным, в зависимости от доминирующих изменений, характерных для общеравномерносуженного или для плоского таза. Поэтому полость малого таза, суженная в плоскости входа, в одних случаях – остается суженной на всем протяжении, вплоть до выхода, при этом сохраняется изогнутость крестца (превалируют признаки общеравномерносуженного таза). В других случаях – полость малого таза постепенно расширяется по направлению к выходу, благодаря сгибанию кзади упрощенного крестца (превалируют признаки плоско-рахитическая таза).

II ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ФОРМАХ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ:

- Сгибание головки во входе в таз, так что плод опускается в полость малого таза размером головки меньшим, чем малый косой.
- Максимальное сгибание головки при переходе из широкой части в узкую.
- Долихоцефалическая форма головки (сильная конфигурация головки).
- Отсутствие полноценной точки фиксации из-за острого угла лонного сочленения, вследствие чего – перерастяжение и травмы промежности.

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ:

- Высокое прямое стояние головки, что является благоприятным для данной формы таза.
- При заднем виде затылочного предлежания и высоком прямом стоянии головки, нередко, имеются признаки клинического несоответствия, что является показанием к кесареву сечению.
- Неблагоприятным является асинклитическое вставление головки плода при расположении стреловидного шва в одном из косых размеров таза, при котором, как правило, имеются признаки клинического несоответствия.

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПРОСТОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ:

- Длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере плоскости входа в малый таз.

- Небольшое разгибание головки во входе в таз, так что над размером входа в малый таз оказывается малый поперечный размер головки (8см).
- При хорошей родовой деятельности головка плода опускается в малый таз стреловидным швом в поперечном размере – низкое поперечное стояние головки.
- Внутренний поворот головки может произойти на тазовом дне, или при бурной родовой деятельности головка плода может не совершить внутреннего поворота и ее рождение происходит стреловидным швом в поперечном размере, что является травматичным для матери и плода.

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЛОСКО-РАХИТИЧЕСКОМ ТАЗЕ:

- Асинклитическое вставление головки. Более благоприятным является передний асинклитизм. При хорошей родовой деятельности задняя теменная кость соскальзывает с мыса и далее роды протекают по типу «штурмовых».
- При заднем асинклитизме развивается клиника функционально узкого таза и дальнейшее консервативное ведение родов не представляется возможным.

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ОБЩЕСУЖЕННОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ:

- Головка долго стоит над входом в малый таз и вставляется в малый таз стреловидным швом в поперечном размере.
- Далее течение родов зависит от того, какое сужение преобладает а данном тазе, либо как при плоском, либо как при общеравномерносуженном.
- Нередко – резко выраженный асинклитизм.

ОСОБЕННОСТИ ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИХ ТАЗАХ:

При анатомически узком тазе уже в конце беременности часто наблюдаются следующие особенности и осложнения:

- высокое расположение головки плода над входом в малый таз в конце беременности,
- остроконечный или отвислый живот,
- тазовые предлежания плода,
- поперечное или косое положение плода,
- преждевременное излитие околоплодных вод.

Беременные с анатомически узкими тазами относятся к группе высокого риска по развитию осложнений в родах. За 10-14 дней до предполагаемого срока родов их следует госпитализировать в отделение патологии беременных для уточнения диагноза и выбора оптимального метода родоразрешения.

2.1 ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКИХ ТАЗАХ

Прежде всего зависит от степени сужения таза, размеров плода и их клинического соответствия.

При 1 и 2 степени сужения при средних размерах плода при хорошей родовой деятельности и достаточной способности головки плода к конфигурации, возможны роды через естественные родовые пути. При 3 и 4 степени сужения роды живым доношенным плодом невозможны.

Наиболее частые осложнения в родах при анатомически узком тазе:

- преждевременное и раннее излитие околоплодных вод;
- аномалии родовой деятельности;
- замедленное продвижение предлежащей части плода;

- сдавление мягких тканей с возможным развитием в дальнейшем мочеполовых, шеечно-влагалищных и кишечно-половых свищей;
- перерастяжение нижнего сегмента матки, что может привести к разрыву матки;
- повреждение лона, крестцово-подвздошных и крестцово-копчиковых сочленений;
- разрывы мягких родовых путей;
- гипоксия и асфиксия плода, внутричерепные кровоизлияния, кефалогематомы, иногда вдавления и трещины костей черепа;
- мертворождение, высокая частота ранней детской смертности;
- частота послеродовых заболеваний при анатомически узких тазах значительно выше, чем при нормальном тазе.

Вопрос о том, будет ли данный анатомически узкий таз нормальным в функциональном отношении, решается только во время родов.

Выделяют основные факторы, определяющие исход родов при узком тазе:

- общее состояние роженицы,
- интенсивность родовых сил,
- состояние и размеры плода,
- состояние родовых путей,
- степень соответствия объема головки плода и таза роженицы.

Функциональной оценке таза должна предшествовать его анатомическая оценка, с учетом величины плода, общепринятыми методами и, при необходимости, с использованием специальных методов исследования (компьютерное моделирование, рентгеноцефалопельвиометрия).

2.2 МЕТОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ СУЖЕНИЯ

Анатомически узкий таз редко является показанием к плановому кесареву сечению, оно необходимо лишь при сужение таза 3 и 4 степени, при экзостозах или костных опухолях в малом тазу, при значительных деформациях таза в результате перенесённой травмы, препятствующих прохождению плода, при разрывах лобкового симфиза в предыдущих родах или других повреждениях таза, при наличии мочеполовых или кишечно-половых свищей и др.

При сужение таза 1 и 2 степени плановое кесарево сечения производят в случае сочетания узкого таза с переносенным или крупным плодом, тазовым предлежанием плода, аномалиями развития половых органов, неправильным положением плода, бесплодием, мертворождением в анамнезе и другой акушерской и экстрагенитальной патологией.

При сужение таза 1 степени обычно начинают вести роды через естественные родовые пути. Ведение родов включает: функциональную оценку таза, при возможности, мониторинг наблюдение, проведение профилактики внутриутробной гипоксии плода и кровотечения в родах, использование рассечения промежности (эпизиотомия). Роды следует вести активно-выжидательно.

Несмотря на то, что головка плода отличается способностью к конфигурации, анатомическое соответствие размеров таза и головки плода имеет весьма большое значение для течения и ведения родов. Распознавание степени соответствия головки плода ко входу в малый таз становится возможным после отхождение околоплодных вод и раскрытия шейки матки не менее 7 см.

Для этого распознавания предложено несколько методов. Наиболее легко выполнимым является метод, предложенный русским

акушером В.А. Вастеном. Он основан на определении степени выстояния, «нависания» головки над лоном.

Технически метод Вастена выполняется следующим образом. Роженица лежит на спине с выпрямленными ногами. Мочевой пузырь перед исследованием должен быть опорожнен. Врач кладет ладонь на переднюю поверхность лонной дуги. Производя скользящие движения и слегка надавливая на подлежащие ткани по направлению к головке.

Если пальцы, выйдя за пределы верхнего края лона, соскальзывают с него вглубь, где прощупывается наиболее выступающая часть головки, то это значит, что объем головки меньше, чем окружность входа в таз, и, следовательно, несоответствия между ними нет: признак Вастена отрицательный.

Если пальцы, выйдя за пределы верхнего края лона, непосредственно переходят на находящуюся на том же уровне наиболее выступающую часть головки, то это значит, что между головкой и тазом имеется небольшое несоответствие: признак Вастена слабо положительный или вровень.

Если пальцы, выйдя за пределы верхнего края лона, встречают препятствие со стороны «нависающей» над входом в малый таз головки и при дальнейшем продвижении по направлению к наиболее выпуклой части передней ее поверхности приподнимаются вверх причем между лонным сочленением и головкой явно ощущается углубление, то это означает, что между головкой и тазом имеется значительное несоответствие: признак Вастена положительный.

При отрицательном признаке Вастена роды можно вести консервативно через естественные родовые пути. При слабо положительном – прогноз выявляется в процессе родов. Если родовая деятельность достаточно интенсивная, головка хорошо конфигурируется, роды могут закончиться консервативно. При

положительном признаке Вастена, из-за значительного несоответствия между головкой плода и тазом, роды заканчивают операцией кесарево сечение.

Цангейместер предложил определять наличие и степень возвышения передней поверхности головки над симфизом путем измерения тазомером в положении роженицы на боку. Сначала измеряют наружную конъюгату, затем переднюю пуговку тазомера перемещают на наиболее выступающую точку предлежащей головки, задняя пуговка остается на месте. При соответствии размеров головки плода и таза наружная конъюгата на 3-4 см длиннее, чем размер от головки до надкрестцовой ямки. Если последний размер больше наружной конъюгаты, значит размер головки не соответствует размеру таза. Одинаковая величина обоих размеров свидетельствует о наличие резкого несоответствия, при котором прогноз для консервативного течения родов – сомнительный.

Функциональное несоответствие размеров таза и плода встречается в 0,5-1,7% всех родов.

При несоответствии таза роженицы и головки плода опасными признаки являются: длительное стояние головки в одной плоскости, отечность шейки матки и наружных половых органов, задержка мочеиспускания и появление крови в моче, растяжение нижнего сегмента, повышение температуры тела и учащение пульса. Шейка матки при открытии близком к полному не смещается за головку плода, часто отекает и пассивно свисает во влагалище, что создает ложное впечатление о неполном раскрытие.

III КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА:

- степень выраженности конфигурации головки;
- наличие признаков Вастена-Цангеймейстера;
- симптомы прижатия мочевого пузыря;
- отсутствие продвижения головки, особенно при полном раскрытии шейки матки и энергичной родовой деятельности;
- симптомы угрожающего разрыва матки.

Калганова Р.И. (1965г.) предложила **КЛАССИФИКАЦИЮ** клинически узкого таза в зависимости от степени несоответствия.

I степень несоответствия (относительная):

- особенности вставления головки и механизм родов, свойственные имеющейся форме сужения,
- хорошая конфигурация головки,
- признак Вастена — положительный.

II степень (значительное несоответствие):

- особенности вставления головки и механизм родов, свойственные имеющейся форме сужения,
- резко выраженная конфигурация головки,
- длительное стояние головки в одной плоскости,
- симптом прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание, примесь крови в моче),
- признак Вастена вровень.

III степень (абсолютное несоответствие):

- особенности вставления головки и механизм родов, свойственные имеющейся форме сужения, однако часто возникает механизм вставления головки несвойственный данной форме анатомически узкого таза,

- выраженная конфигурация головки,
- признак Вастена — положительный,
- выраженное прижатие мочевого пузыря,
- преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг,
- отсутствие поступательного движения головки при полном раскрытии шейки матки и энергичной родовой деятельности,
- симптомы угрожающего разрыва матки.

3.1 Тактика ведения

При наличии III несоответствия следует немедленно закончить роды путем операции кесарево сечение. Особенности вставления головки и биомеханизм родов, свойственные форме сужения таза при энергичной родовой деятельности, способствуют благоприятному исходу, поэтому при I степени и часто при II степени несоответствия таза роженицы и головки плода роды протекают через естественные родовые пути.

При сочетании II степени несоответствия с акушерской и экстрагенитальной патологией, также другими осложнениями в родах обосновано оперативное родоразрешение.

Особое внимание следует обращать на характер родовой деятельности, так как даже при небольших степенях несоответствия кроме особенностей вставления головки, ее конфигурабельности, необходима эффективная сократительная деятельность матки (при клинически узком тазе часто наблюдаются аномалии родовой деятельности в виде первичной или вторичной слабости родовой деятельности, дискоординированное сокращение и преждевременное появление потуг при высоко стоящей головке).

При слабости родовой деятельности, возникшей при клиническом несоответствии таза и головки плода, введение утеротоников

противопоказано из-за опасности разрыва матки и травмировании плода. Функциональная оценка таза основана на выжидательной тактике. В большинстве случаев вопрос о степени несоответствия и выборе метода родоразрешения может быть решен в 1 периоде родов (при раскрытии шейки матки 6-7 см).

При ведении родов у женщин с узким тазом через естественные родовые пути в целях снижения травматизма матери и плода показано рассечение промежности (более целесообразна срединно-латеральная эпизиотомия). Такие операции, как вакуум-экстракция, акушерские щипцы, не применяются при узком тазе в силу их травматичности как для матери, так и для плода. При внутриутробной гибели плода производят плодоразрушающие операции (исключение – абсолютно узкий таз, 4 степень сужения таза).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Первородящая, 20 лет. Роды в срок. Таз 20-23-26-15. Схватка через 3-5 минут по 30-40 секунд. Головка подвижна над входом в малый таз. Лобно-затылочный размер 11 см. Раскрытие шейки матки 6см. отошли воды.

Диагноз? Тактика ведения?

Диагноз: Первый период срочных родов. Общеравномерносуженный таз 3 степени. Раннее излитие околоплодных вод. Клинически узкий таз 3 степени.

Тактика: Показано оперативное родоразрешение.

Задача №2

Роженица Н., 29 лет, переведена в клинику из районного родильного дома по поводу затянувшихся (до 23 ч) срочных родов. Воды излились 2 ч назад при почти полном раскрытии маточного зева, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, малопродуктивные потуги. Продвижение головы замедлилось, потуги стали еще слабее. Данные анамнеза: в детстве перенесла корь и скарлатину, будучи взрослой ничем не болела. Условия труда и быта удовлетворительные. Менструация с 13 лет, умеренная, безболезненная, продолжительностью 3-4 дня через 28 дней. Замужем с 23 лет, муж здоров.

Беременность четвертая. Первая на втором году замужества закончилась срочными родами живого плода массой 3500 г, вторая — медицинским абортом без осложнений, третья — 3 года назад срочными родами, продолжающимися, со слов роженицы, более суток, во время которых родился живой мальчик массой 3900 г. Начиная с 12 недель настоящей беременности находилась под наблюдением в женской консультации. Беременность протекала без осложнений. Прошла физиопсихопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно: состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Температура тела — 36,6°C. Рост — 162 см, масса тела — 79 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая

оболочка нормальной окраски. Отеков нет. Пульс — 78 в 1 мин, правильный, АД — 120/80 – 125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Окружность живота — 114 см, высота стояния дна матки над лобком — 36 см.

Матка овоидной формы. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, спина — слева, мелкие части плода — справа. Предлежащая часть — голова, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода — 140 уд./мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Ориентировочная масса плода — 4100 г. Потуги короткие, слабые, не эффективные. Роженица утомлена, беспокойна, мочится самостоятельно. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвета. Индекс Соловьева — 15 см; лобковый угол — 100°; размеры выхода таза: поперечный — 11,5 см, прямой — 10,5 см; крестцовый ромб имеет правильную форму, продольный размер — 11 см, поперечный- 10 см; прямой размер головы — 12 см; длина полуовала плода, измеренная тазомером, равна 26 см (ориентировочная длина плода — 52-54 см); размер Цангейстера — 21 см; признак Генкеля — Вастена сомнительный.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Голова плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере входа. Стреловидный шов слегка отклонен к мысу крестца, немного ниже опущена правая теменная кость, на которой определяется небольшая родовая опухоль. Емкость таза хорошая. Экзостозов нет. Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Диагноз. План ведения.

Диагноз: Роды 3, срочные. Крупный плод. Асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм). Клинически (функционально) узкий таз. Вторичная слабость родовой деятельности.

Тактика обследования: На данном этапе родов есть основания предполагать, что при наличии достаточной родовой деятельности возможно самостоятельное родоразрешение. Это предположение основывается на наличии признаков, указывающих на отсутствие

явного клинического несоответствия между размерами головы и входа в малый таз: установление головы большим сегментом во вход в малый таз, сомнительный признак Генкеля-Вастена, размер Цангейстера на 0,5 см меньше размера наружной конъюгаты. Если в течение 2-3 ч не разовьется хорошая родовая деятельность и не последует продвижение головы, следует ставить вопрос об оперативном родоразрешении: кесарево сечение. От врача и акушерки, ведущих роды с клинически узким тазом, требуются разумное терпение и внимательное наблюдение за роженицей для своевременного распознавания и лечения осложнений, возможных при родах с узким тазом (разрыв матки, образование пузырно-влагалищных свищей, внутриутробная гипоксия плода и т.д.).

Задача №3.

Повторнородящая 30 лет (в анамнезе Б-5, Р-1, А-3) 39 недель, поступила в акушерский стационар с жалобами на регулярные схватки, продолжающиеся 5 часов. Размеры таза 23-25-28-18 см. Матка вытянута в поперечном направлении. Головка плода слева, тазовый конец – справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное – 120 уд/мин, выслушивается справа на уровне пупка.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть не определяется. Мыс достигается, диагональная конъюгата – 11см. Экзостозов нет.

Диагноз? Тактика ведения?

Диагноз: Беременность пятая 39 недель. Поперечное положение плода. I позиция. Общеравномерносуженный таз. I степень сужения. I период родов. Отягощенный акушерский анамнез.

Тактика ведения: Учитывая форму матки (вытянута в поперечном направлении), отсутствие предлежащей части, расположение головки слева, диагностировано поперечное положение плода, I позиция. Уменьшение всех наружных размеров таза на 2 см, характерно для общеравномерносуженного таза. Степень сужения определили, исходя из данных диагональной конъюгаты. В норме этот размер равен 12,5 — 13 см, вычитая 2 см, получаем размер истинной конъюгаты, по которой судим о степени сужения таза. В данном случае $11-2=9$ см, что соответствует I степени сужения таза.

Учитывая высокий риск в родах для матери и плода при наличии поперечного положения, показано родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Задача №4

Роженица находится во втором периоде родов в течение 1 ч. Беременность 41 нед, роды четвертые, предполагаемая масса плода 4200 г. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 160 уд/мин. Схватки через 3 мин по 35-40 с. Размеры таза 25-28-31-20 см. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Кости черепа плода плотные, швы и роднички выражены плохо. Мыс недостижим, подтекают воды, окрашенные меконием.

Диагноз? Ваша тактика?

Диагноз: Роды 4, срочные. II период родов. Крупный плод. Гипоксия плода. Клинически узкий таз.

Тактика: Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача №5

Роженица находится во II периоде родов 30 мин. АД 120/65 мм рт.ст. Схватки через 2-3 мин по 50-55 с. Матка не расслабляется вне схватки, болезненна при пальпации в нижнем сегменте, размеры таза 26-27-33-18 см. Сердцебиение плода глухое. При кардиотокографии выявлены поздние децелерации до 70 уд/мин. Попытка произвести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за механического препятствия. При влагалищном исследовании: открытие маточного зева полное; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль.

Диагноз? Тактика?

Диагноз: Роды 1, срочные. Второй период родов. Плоскорихитический таз I степени сужения. Клинически узкий таз. Острая гипоксия плода. Угрожающий разрыв матки.

Тактика: Кесарево сечение.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. *Диагноз функционально узкого таза ставится на основании оценки:*

- 1) размеров и формы таза
- 2) величины головки плода
- 3) положения плода
- 4) вставления головки
- 5) характера родовой деятельности

2. *Клинически узкий таз диагностируется:*

- 1) вначале первого периода родов
- 2) при отрицательном признаке Вастена
- 3) во время беременности
- 4) при полном или почти полном раскрытии маточного зева
- 5) по характерной форме матки

3. *Диагноз анатомически узкого таза ставится на основании:*

- 1) результатов измерения наружных размеров большого таза
- 2) результатов измерения диагональной конъюгаты
- 3) результатов измерения ромбов Михаэлиса
- 4) рентгенопельвиометрии
- 5) все верно

4. При анатомически узком тазе чаще встречается:

- 1) длительное высокое стояние головки плода над входом в малый таз
- 2) многоводие
- 3) тазовое предлежание
- 4) неправильное положение плода
- 5) неправильное вставление головки плода

5. Беременные с анатомически узким тазом должны быть:

- 1) госпитализированы в акушерский стационар за две недели до родов
- 2) направлены на ультразвуковое исследование
- 3) родоразрешены только операцией кесарево сечение
- 4) под наблюдением в женской консультации до наступления родов
- 5) направлены на прерывание беременности в ранних сроках

6. При ведении родов у женщин с анатомически узким тазом необходимо:

- 1) определить форму и степень сужения таза
- 2) определить индекс Соловьева
- 3) определить предполагаемую массу плода
- 4) прибегнуть к ранней амниотомии
- 5) оценить признак Вастена

7. Осложнением для плода в родах при анатомически узком тазе может быть развитие:

- 1) кефалогематомы

- 2) патологические конфигурации крестца
- 3) гипоксия
- 4) внутричерепные травмы
- 5) все верно

8. *Для функциональной оценки таза, кроме данных его измерений, большое значение имеет:*

- 1) анализ анамнестических данных
- 2) оценка размеров плода
- 3) оценка роста роженицы
- 4) оценка формы живота
- 5) все верно

9. *К редко встречающимся в настоящее время формам узкого таза относятся:*

- 1) кососмещенный таз
- 2) поперечносуженный таз
- 3) остеопластический таз
- 4) карликовый таз
- 5) плоскостопный таз

10. *Диагноз анатомически узкого таза может быть поставлен :*

- 1) если размеры большого таза уменьшены на 2,0 см
- 2) если величина истинной конъюгаты равна 10 см и менее
- 3) если величина диагональной конъюгаты равна 13 см
- 4) если величина наружной конъюгаты равна 20-21 см

5) если вертикальная диагональ ромба Михаэлиса равна 11 см

11. Плоский таз характеризуется:

- 1) уменьшением только прямого размера входа в малый таз
- 2) уменьшением всех размеров таза
- 3) уменьшением всех прямых размеров малого таза
- 4) уменьшением поперечного размера выхода из малого таза
- 5) нормальными поперечными размерами малого таза

12. Плоскорихитический таз характеризуется:

- 1) изменением и деформацией крестца
- 2) равными величинами D.Cistarum и D.Spinarum
- 3) изменением тазовых костей
- 4) увеличением лонного угла
- 5) увеличением прямого размера входа в малый таз

13. Причиной формирования анатомически узкого таза может быть:

- 1) рахит
- 2) врожденная аномалия строения костей таза
- 3) полиомиелит
- 4) туберкулез костей
- 5) травма позвоночника
- 6) все верно

14. У женщин с анатомически узким тазом во время беременности отмечается:

- 1) высокое стояние дна матки

- 2) отвислый остроконечный живот
- 3) значительная подвижность головки над входом в таз
- 4) неправильное положение плода
- 5) хроническая гипоксия плода

15. Узкий таз является противопоказанием:

- 1) к акушерским щипцам
- 2) к кесареву сечению
- 3) к вакуум-экстракции плода
- 4) к поворотам плода

Эталоны ответов

1	1,2,4,5	9	1,3,4,5
2	4	10	1,2
3	5	11	3,5
4	1,3,4,5	12	1,2,3,4
5	1,2	13	6
6	1,2,3,5	14	1,2,3,4
7	5	15	1,3,4
8	5		

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Акушерство : учебник / Б.И. Баисова и др. ; под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2012.
2. Акушерство / серия «Учебники, учебные пособия». Под ред. Василевской Л.Н., Грищенко В.И. Ростов н /Д: Феникс, 2002.

Дополнительная:

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М Савельевой. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011 г.
2. Акушерство: национальное руководство/ под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015 г.
3. Акушерство: учебник / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского.- М. : ГЭОТАР –Медиа, 2013г.