

Тулский государственный университет  
Кафедра акушерства и гинекологии

# **Ведение беременности и родов при узком тазе**

**К.М.Н., доцент  
Сурвилло Е.В.**

# Классификация

- Анатомически узкий таз
- Клинически узкий таз

# **Анатомически узкий таз**

**с акушерской точки зрения узким считается таз, если хотя бы один из его размеров уменьшен более чем на 1,5 см.**

Частота анатомически узкого таза колеблется в пределах 2,4 - 7,2% с устойчивой тенденцией к снижению

# Причины

**Наиболее важны 2 периода:**

- **Детства:** недостаточное питание, рахит, полиомиелит, туберкулез, травматические повреждения.
- **Полового созревания:**
  - а) Воздействие гормонов:
    - 1/ Эстрогены - обладают способностью стимулировать поперечный размер таза и его созревание (окостенение).
    - 2/ Андрогены: стимулируют рост скелета и таза в длину.
  - б) акселерация: увеличение роста тела в длину в период полового созревания при этом увеличение поперечных размеров замедляется, что может быть одной из причин формирования узкого таза.

# ***КЛАССИФИКАЦИЯ***

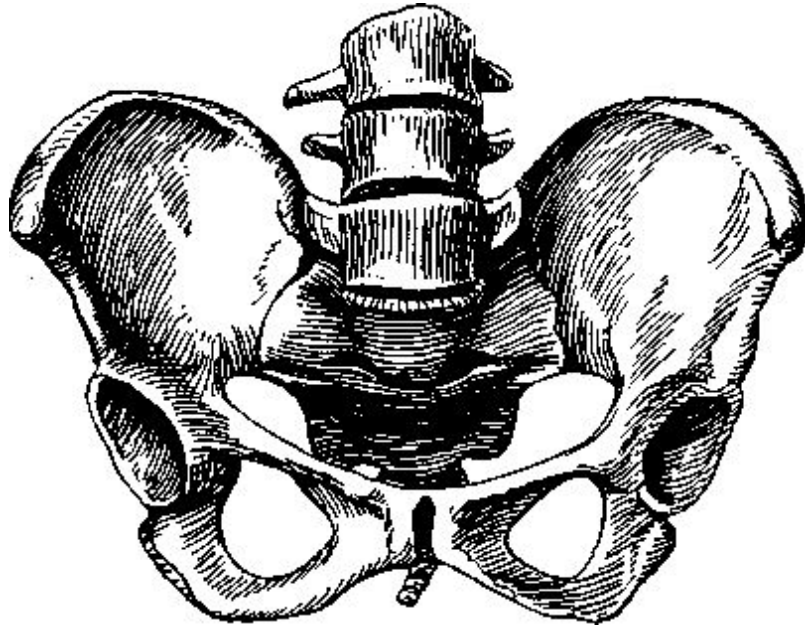
Традиционно узкие тазы классифицируются по форме, степени сужения и частоте встречаемости.

# **КЛАССИФИКАЦИЯ УЗКИХ ТАЗОВ**

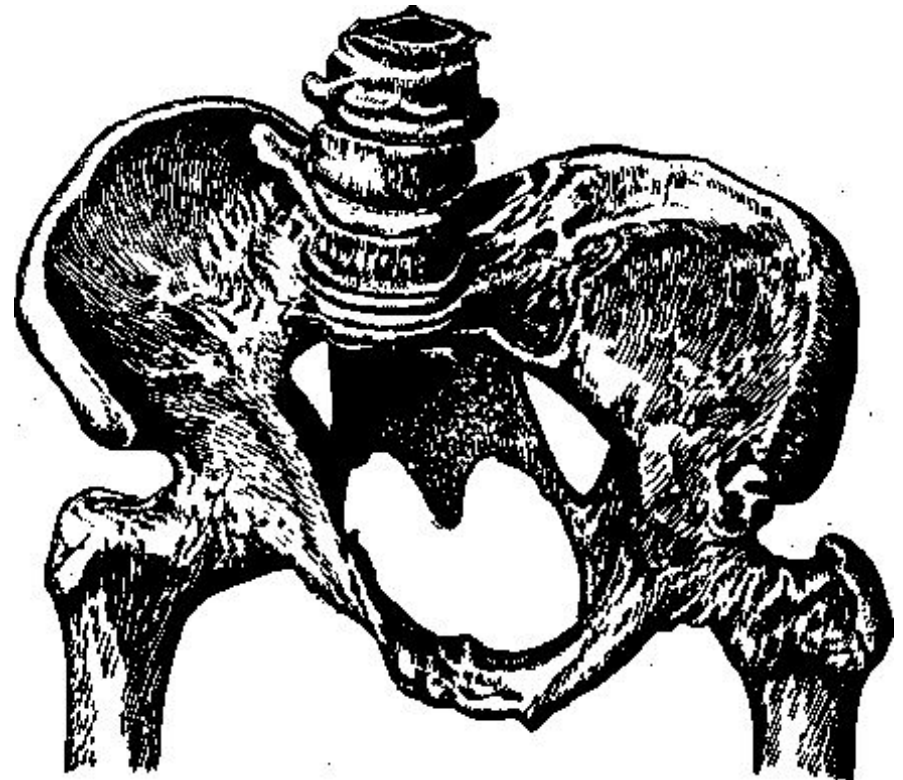
**(по форме сужения)**

- **Общеравномерносуженый таз**
- **Поперечносуженый таз**
- **Плоские тазы**
- простой плоский таз,
- плоскоррахитический,
- общесуженоплоский

# Редко встречающиеся формы

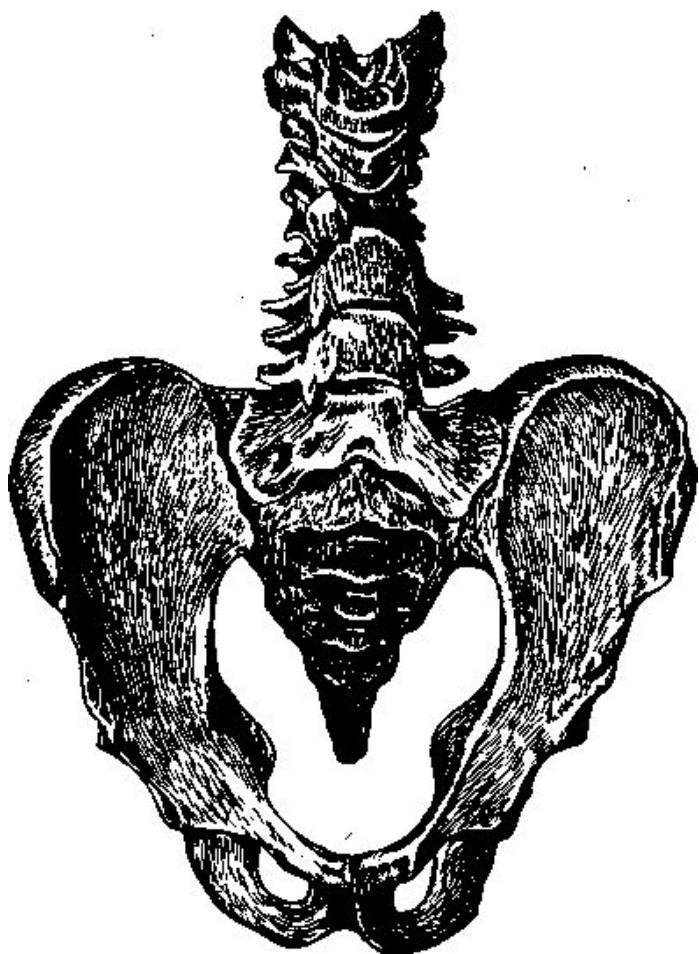


Хондродистрофический  
таз

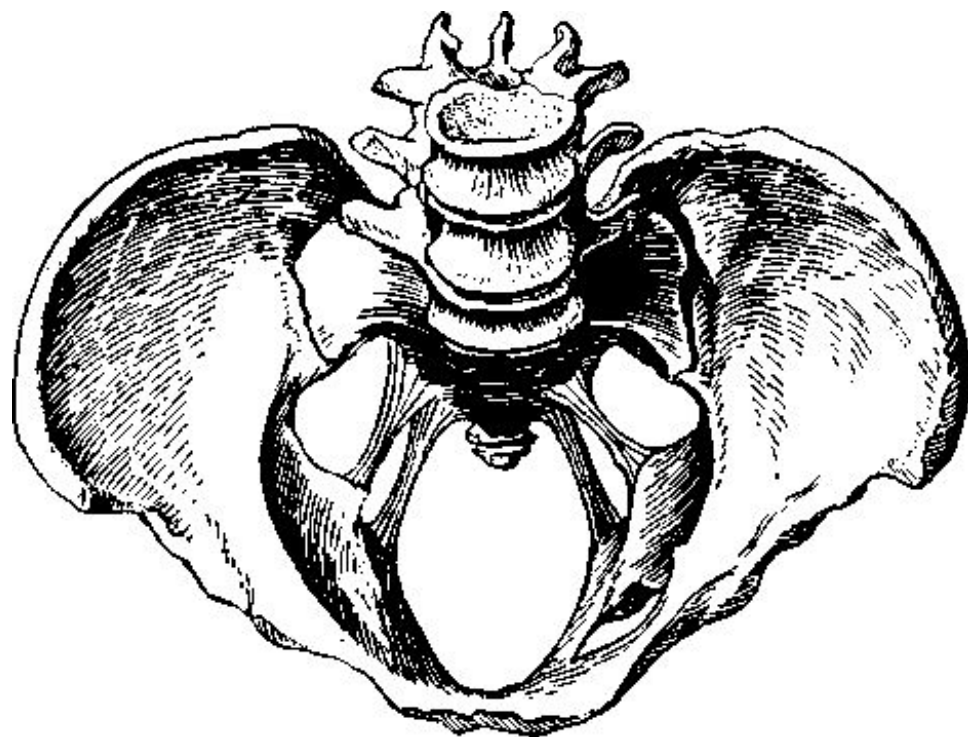


Анкилотический таз





Кифотический таз



Воронкообразный таз

Основным показателем сужения таза принято считать размер **ИСТИННОЙ КОНЪЮГАТЫ** – если этот размер **меньше 11 см**, то говорят о сужении таза.

# КЛАССИФИКАЦИЯ УЗКИХ ТАЗОВ

(по степени сужения)

Степень сужения	Величина истинной конъюгаты
I	от 9 до 11 см
II	от 9 - 7,5 см
III	от 7,5 - 6,5 см
IV	менее 6,5 см

# Особенности анатомически узких тазов в современном акушерстве:

- исчезновение редких форм (кифотический, остеомалатический, спондилолистический),
- отсутствие резких (III - IV) степеней сужения,
- изменение частоты аномальных форм: чаще встречаются "стертые" формы, поперечносуженый таз, "длинный" таз, увеличилась частота плоских тазов

# ДИАГНОСТИКА

- 1. Анамнез:
- Предшествующие заболевания костной системы: рахит, (когда впервые начала ходить), травмы таза, как прошли предыдущие роды.
- 2. Объективное исследование:
- Рост, масса, телосложение, походка. Высокое стояние предлежащей части плода. Отвислый (повторнородящие) или остроконечный живот (первородящие)

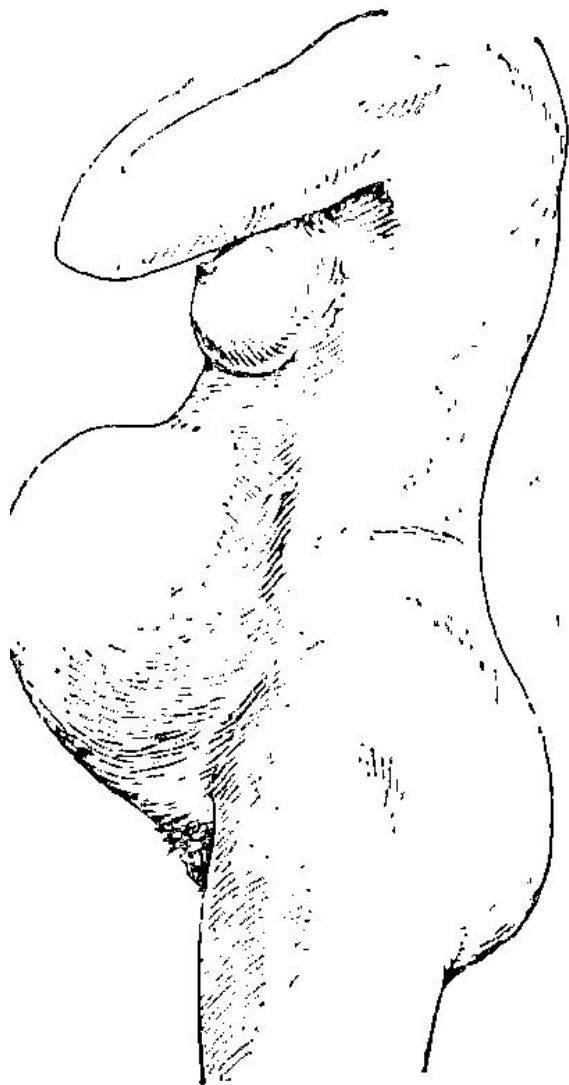


Рис. 134. Остроконечный живот (venter acuminatus).

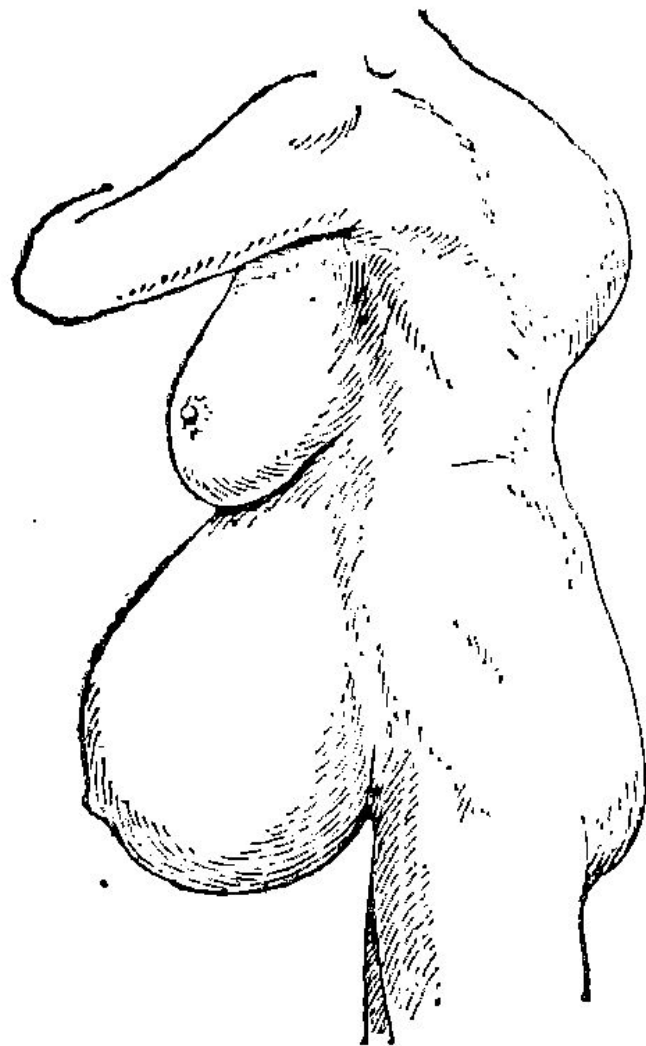


Рис. 135. Отвислый живот (venter propendens).

# Тазоизмерение:

- *Distantia spinarum* - 25 - 26 см
- *Distantia cristarum* - 28 - 29 см
- *Distantia trochanterica* - 30 - 31 см
- *Conjgata externa* - 20 - 21 см
- *Conjgata diagonalis* - 12,5 - 13,0 см
- Ромб *Михаэлиса* - Прямой размер - 11 см, поперечный - 10 см.
- Индекс *Соловьева* - 14 - 16 (1,4 - 1,6) см

# Ромб Михаэлиса

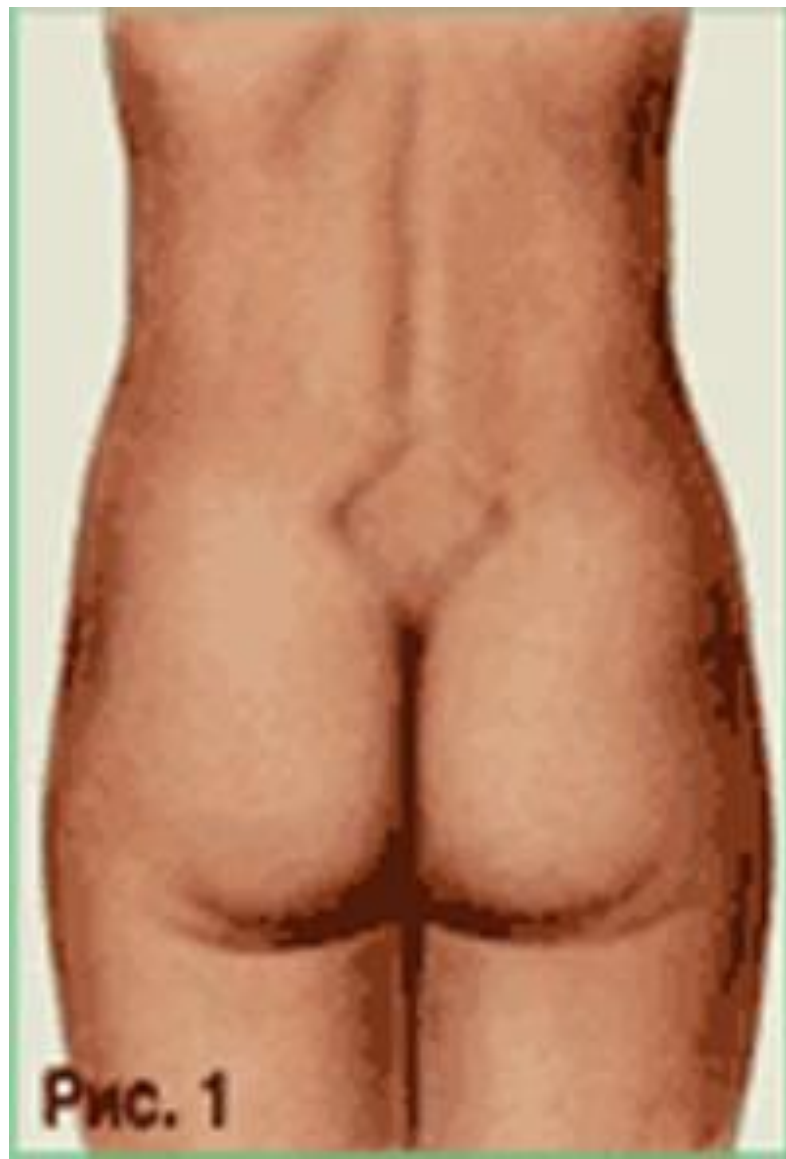
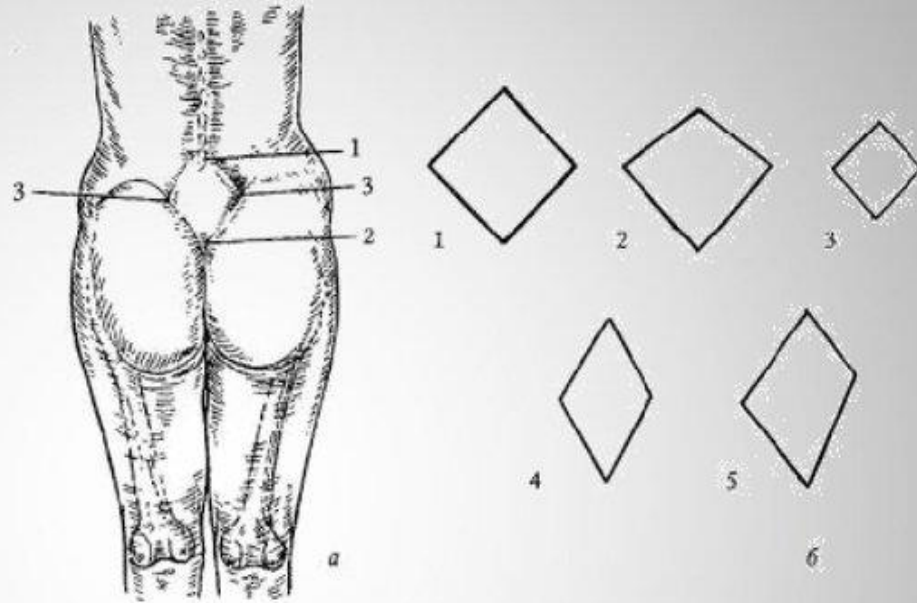
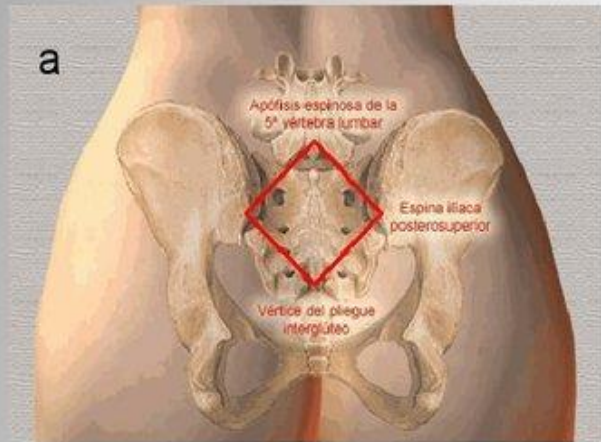


Рис. 1



# РОМБ МИХАЭЛИСА



**а — общий вид:**

1) углубление между остистыми отростками последнего поясничного и первого крестцового позвонков; 2) верхушка крестца; 3) задневерхние ости подвздошных костей;

**б — формы ромба Михаэлиса при нормальном тазе и различных аномалиях костного таза:**

1) нормальный таз; 2) плоский таз; 3) общеравномерносуженный таз;  
4) поперечносуженный таз; 5) кососуженный таз

# Влагалищное исследование

- Определяется емкость таза,
- измеряют диагональную конъюгату,
- обследуют крестцовую впадину, седалищные ости и седалищные бугры, выявляют наличие экзостозов и деформаций в малом тазу, ложный мыс.

# Рентгенопельвиометрия

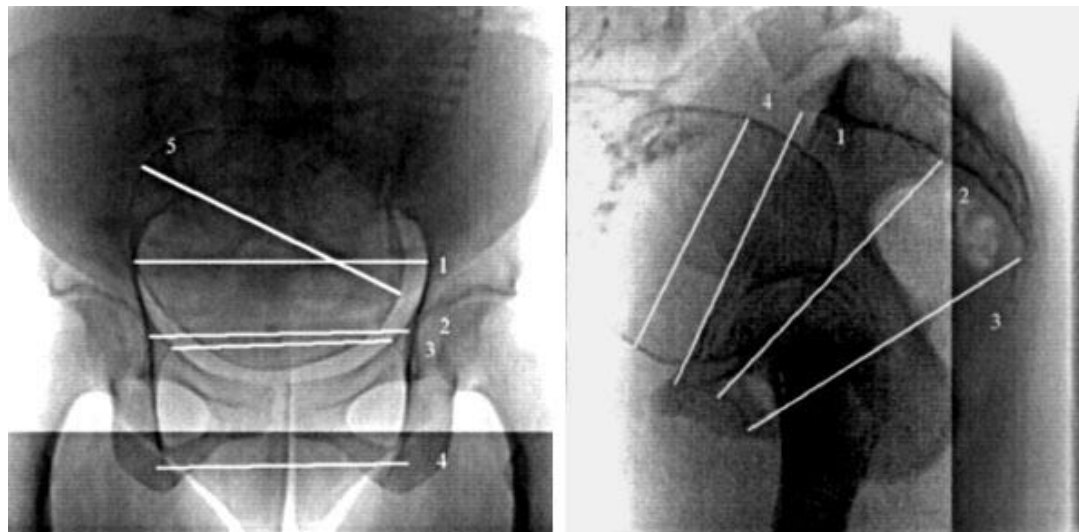
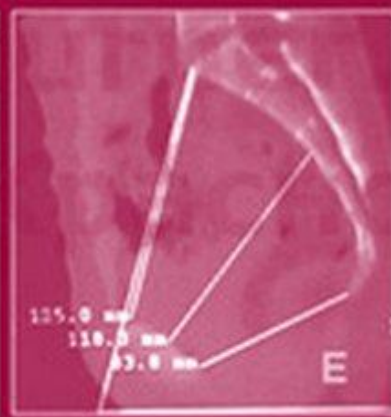
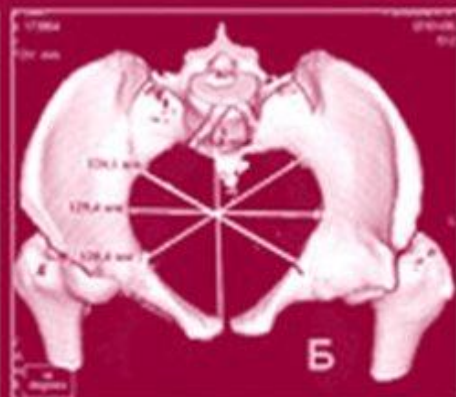


Рис. 54. Рентгенограмма таза и тазобедренного сустава женщины.  
1 – крестцово-подвздошный сустав; 2 – полость тазобедренного сустава; 3 – передний контур вертлужной впадины; 4 – задний контур вертлужной впадины; 5 – головка бедра; 6, 7 – малый и большой ветвель соответственно; 8 – седланный бугор; 9 – тело седланный кости; 10 – ветвь седланный кости; 11 – нижняя ветвь лобковой кости; 12 – верхняя ветвь лобковой кости; 13 – бедро; 14 – шейка бедра.



**Методика измерения акушерских размеров таза на схемах и томограммах в трехмерном измерении: А,Б – поперечные размеры входа в таз;  
 В,Г - поперечные размеры выхода из таза;  
 Д,Е – размеры таза в сагиттальной плоскости.**

# Осложнения в родах

- **Осложнения для матери:**
- Первый период родов:
  - 1) аномалии родовой деятельности;
  - 2) несвоевременное излитие вод (отсутствие пояса соприкосновения);
- а) выпадение пуповины и мелких частей плода;
- 3) эндометрит;

# Осложнения в родах

- **Осложнения для матери:**
- Второй период родов:
  - 1) клиническое несоответствие;
  - 2) вторичная слабость родовой деятельности;
  - 3) травмы матери:
    - а) разрыв матки;
    - б) разрыв промежности;
    - в) разрыв лонного сочленения;
    - г) некроз мягких тканей.

# Осложнения в родах

- **Осложнения для матери:**
- После родов:
  - 1) кровотечение (нарушение отделения плаценты, гипотония матки);
  - 2) послеродовые гнойно-септические заболевания.

# Осложнения в родах

- **Осложнения для плода:**

- 1) гипоксия;

- 2) родовая травма (если головка находится более 2 часов в одной плоскости):

- а) кефалогематома;

- б) кровоизлияние в мозг.



# ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

- Кесарево сечение:
- Анатомическое сужение таза III - IV степени.
- I – II степени сужения в сочетании с крупным плодом, при перенашивании, у первородящих старше 30 лет, тазовом предлежании, аномалиях положения плода, мертворождении в анамнезе.

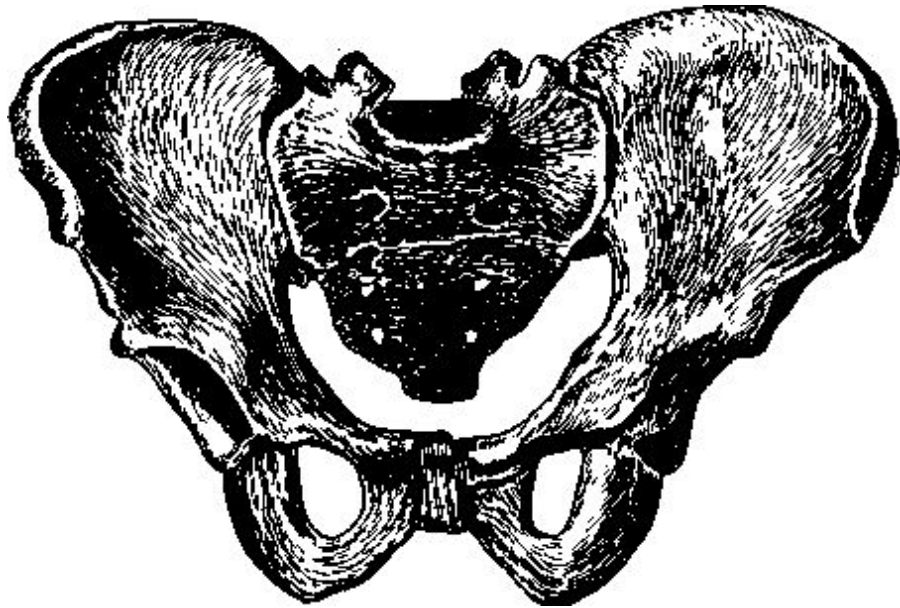
# Консервативное ведение родов

- Активно-выжидательная тактика.
- Функциональная оценка таза в родах.

# РАЗМЕРЫ УЗКОГО ТАЗА

Форма таза	Размеры, см					
	<i>distantia spinarum</i>	<i>distantia cristarum</i>	<i>distantia trochanterica</i>	<i>Conjugata externa</i>	<i>Conjugata diagonalis</i>	<i>Conjugata vera</i>
Нормальный	25-26	28-29	30-31	20	12,5-13	11
Общеравномерно-суженный	24	26	28	18	11	9
Поперечносуженный	24	25-26	28-29	20	12,5	11,5
Простой плоский	26	29	30	18	11	9
Плоскоррахитический	26	26	31	17	10	8
Общесуженный плоский	24	25	27	16	9	7

# Общеравномерносуженный таз



**Определение:**  
общеравномерно-  
суженным  
считается таз при  
уменьшении всех  
размеров на  
**одинаковую**  
величину (1,5 - 2  
см).

# Общеравномерно суженный таз

Беременные обычно небольшого роста, правильного телосложения, таз имеет правильную форму. Плоскость входа поперечно - овальная.

# Биомеханизм родов

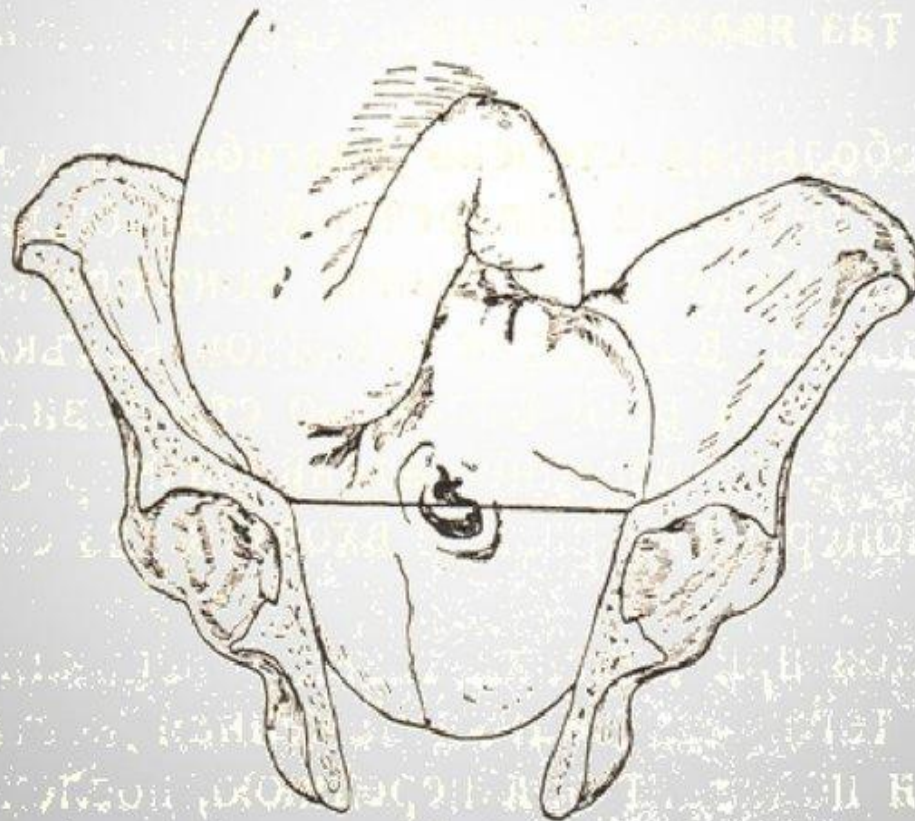
Форма анатомического сужения таза определяет механизм предлежания, вставления и продвижения головки по родовому пути

# БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ при ОРСТ (Родедера)

Вставление головки синклитическое, (обе теменные кости на одном уровне) в косом размере в состоянии чрезмерного сгибания, плоскостью идущей через подзатылочную ямку и темя. Малый родничок приближается к проводной оси таза, или даже может стоять строго по этой оси, т.е. является проводной точкой. В полости таза головка совершает поворот в прямой размер

# БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ

Благоприятное вставление головки  
(в максимальном сгибании).





# **БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ при ОРСТ (Родедера)**

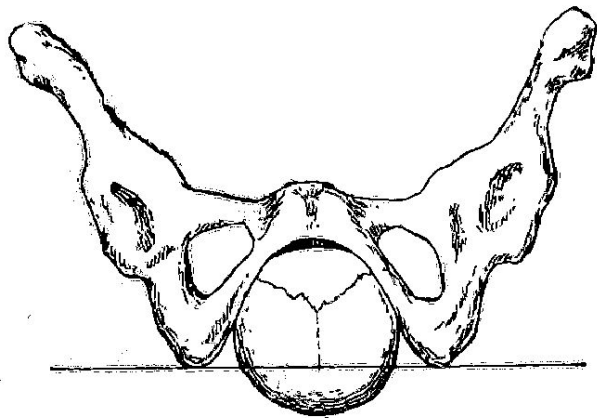
Стреловидный шов соответствует косому размеру входа в таз, соответственно большим поперечным размером головка проходит так же через косой размер.

# **БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ при ОРСТ (Родедера)**

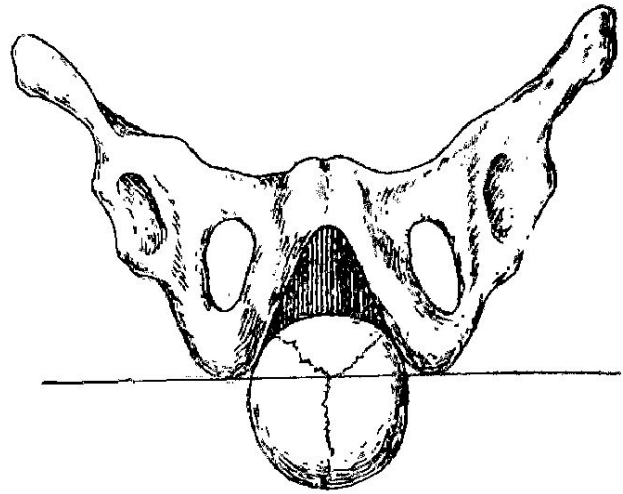
Из-за чрезмерного сгибания разгибание головки, в момент прорезывания происходит более длительно, чем при нормальном биомеханизме родов. Область подзатылочной ямки не может подойти к симфизу, часто возникают глубокие разрывы.

140

F



141

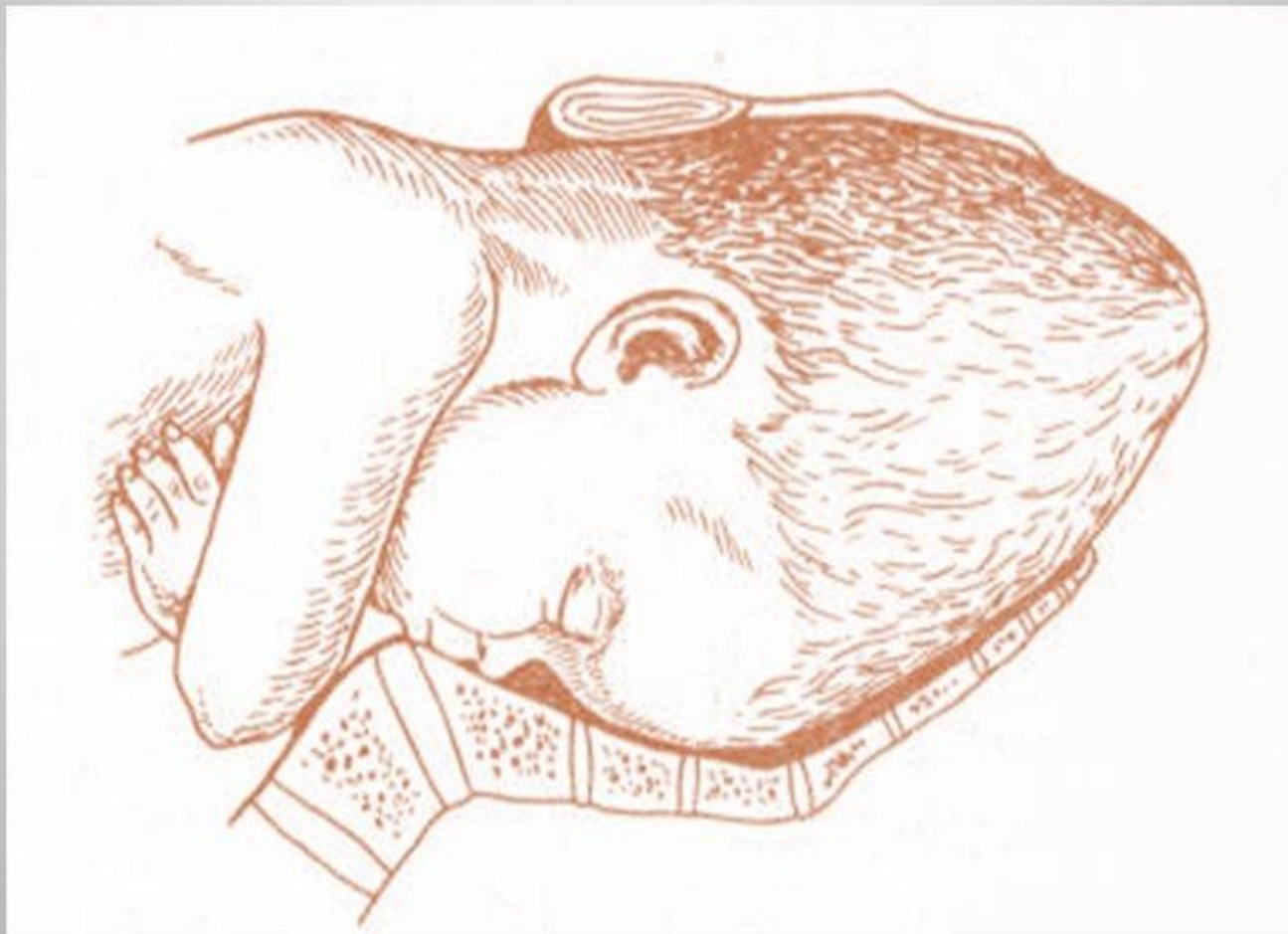


142

# БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ при ОРСТ (Родедера)

Конфигурация головки: в результате всестороннего сдавления она вытягивается в направлении большого косо́го размера. Передняя теменная кость заходит за заднюю, и обе теменные на затылочную, а иногда на лобные.

# **СИЛЬНОЕ СГИБАНИЕ И РЕЗКАЯ КОНФИГУРАЦИЯ ГОЛОВКИ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ**



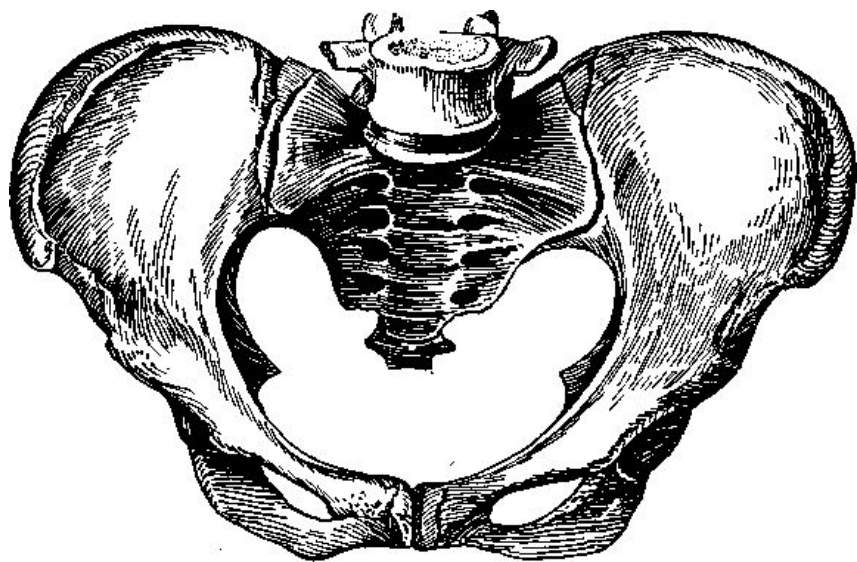
# Плоский таз

**Определение:** плоским называется таз при укорочении одного или всех прямых размеров при обычной величине поперечных и косых.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- а) простой плоский.
- б) плоскоррахитический.

# Простой плоский таз



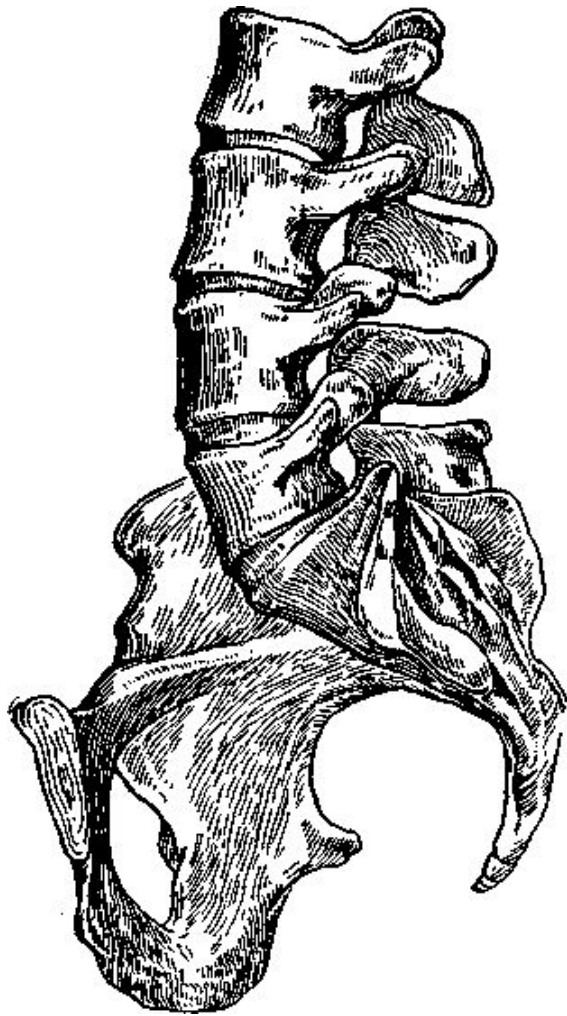
- при уменьшении всех прямых размеров малого таза
- крестец приближен к лону
- поперечные размеры таза нормальные



# Плоскоррахитический таз

при уменьшении **прямого** размера плоскости входа в малый таз (истинной конъюгаты) и увеличении всех других прямых размеров.

# Плоскоррахитический таз



Крылья подвздошных костей развернуты (DS и DC практически равны)  
Мыс крестца выступает вперед (достигается при влагалищном исследовании) – уменьшена истинная конъюгата  
крестец уплощен, передняя поверхность плоская как доска, иногда определяется ложный мыс. Увеличен поперечный размер выхода. Плоскость входа имеет форму карточного сердца

# ***БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ***

- Характерно передне-теменное вставление (Naegele).
- **Асинклитическое вставление.** Мы говорим об асинклитическом вставлении, когда при головке стоящей во входе в таз или лишь прижатой к нему, стреловидный шов расположен поперечно, не стоит в пределах проводной оси таза, а смещен кпереди или кзади от нее. Легкая степень может наблюдаться в начале родов при нормальных размерах таза.

# ***БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ***

- Головка встречает препятствие со стороны мыса, задерживается (ложится на мыс) на нем задней теменной костью, т.к. мыс клиновидно и горизонтально выступает во вход в таза, поэтому первой вставляется передняя теменная кость при боковом сгибании головки к заднему плечу, стреловидный шов отклоняется к мысу - переднетеменное вставление. Иногда можно прощупать переднее ухо (под лоном).

# ***БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ***

- Вследствие укорочения прямого размера входа головка стремится вставиться во вход малым поперечным размером, происходит легкое разгибание головки, что способствует попаданию в пределы истинной конъюгаты малого поперечного размера головки. При владалищном исследовании большой родничок будет определяться на одном уровне с малым или даже несколько ниже него.

# ***БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ***

- Конфигурация головки - уплощение задней теменной кости и черепицеобразное захождение ее под переднюю теменную кость, так что в стреловидном шве обе теменные кости занимают разный уровень.
- Механизм вставления головки можно сравнить с пуговицей.
- Длительное стояние головки во входе в малый таз.



(a)



(b)

# ***ОБЩЕСУЖЕНОПЛОСКИЙ ТАЗ***

- **Определение:** уменьшение всех размеров, но прямые сужены больше. Больше прямой размер выхода.
- **РАЗМЕРЫ:** (23-24) - (24-25) - (27-28) - (15-16) - 9 - 7
- **Диагностика:** инфантилизм, рахит в анамнезе. Таз узок вообще и уплощен вследствие наибольшего укорочения прямых размеров.
- **БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ**
- Типично резкое выстояние головки над лоном с образованием в нижней части живота поперечнорасположенной борозды. Она соответствует открытому кпереди углу между туловищем и головкой (симптом Гегара). Переднее асинклитическое вставление.



# ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ



- **Определение:**  
поперечносуженным считается таз при уменьшении поперечных размеров на 1,5 - 2 см при нормальных или увеличенных прямых размерах.
- **РАЗМЕРЫ:** (24-25) - (25-26) - (28-29) - 20 - 12,5 - 11,5

# Анатомические особенности:

- Женщины часто имеют мужской тип телосложения (развитые мышцы, относительно широкие плечи, иногда рост выше среднего, более массивный костный скелет).
- Крутое стояние крыльев подвздошных костей, сближение седалищных остей, узкая лонная дуга. Высокое стояние мыса. Уменьшение поперечного размера выхода и поперечного размера крестцового ромба. Вход в таз имеет круглую или продольноовальную форму.

# БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ

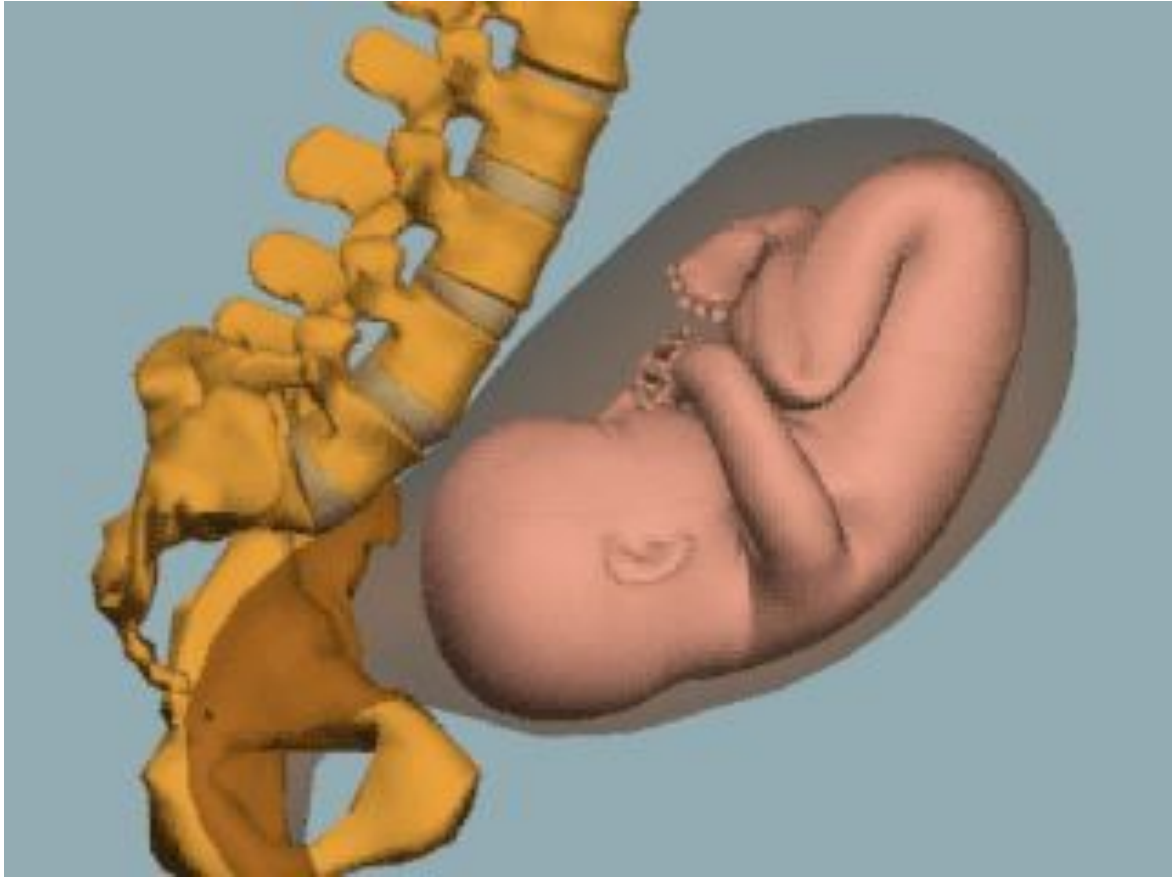
- Высокое прямое стояние головки (прямой размер наибольший), благоприятно при увеличении всех прямых размеров.
- Косое асинклитическое вставление: вставляется передней теменной костью, и стреловидный шов смещается кзади.

# БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ

- Если затылок обращен к симфизу, головка не крупная, хорошая родовая деятельность, головка сильно сгибается и в таком состоянии (стреловидный шов в прямом размере) проходит через все плоскости таза и рождается так же в переднем виде.

# КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

- **Определение:** клинически узкий таз - несоответствие между размерами головки и таза, независимо от размеров последнего, **выявленное в родах.**
- Поставить диагноз возможно только при регулярной родовой деятельности.



## ПРИЧИНЫ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

<b>Сужение таза</b>	<b>Большой размер головки плода</b>	<b>Неблагоприятное вставление головки при нормальных размерах таза</b>
Анатомически узкий таз	Гидроцефалия	Высокое прямое стояние головки
Опухоли таза	Переношенная беременность	Разгибательные вставления:
Деформация таза	Крупный плод	1) лобное 2) лицевое

# ГИДРОЦЕФАЛИЯ

Признаки:

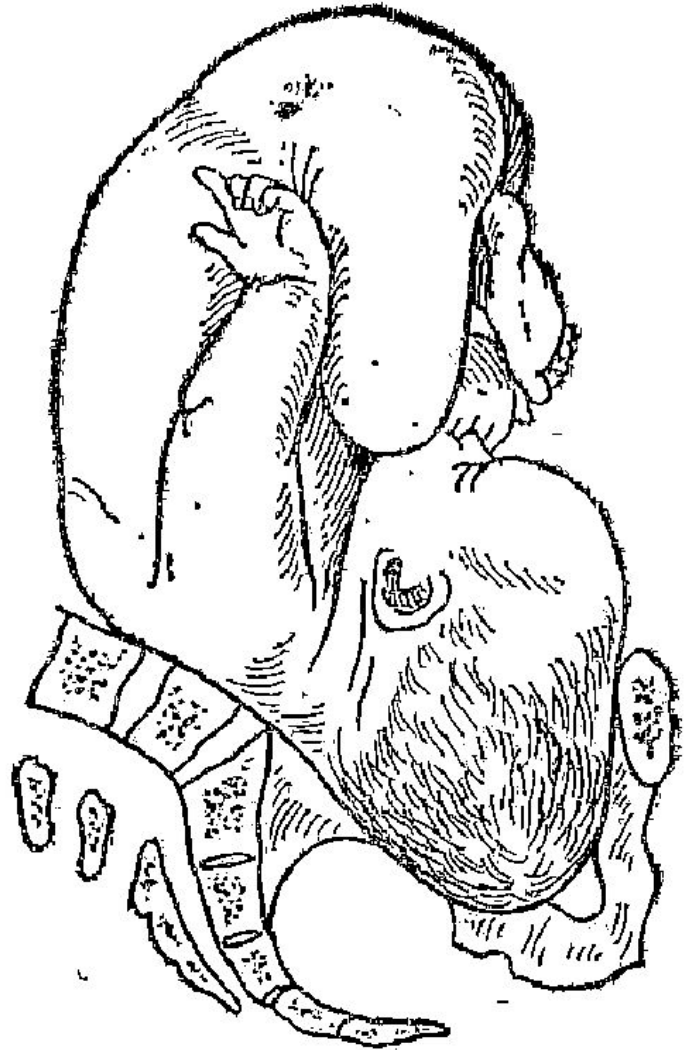
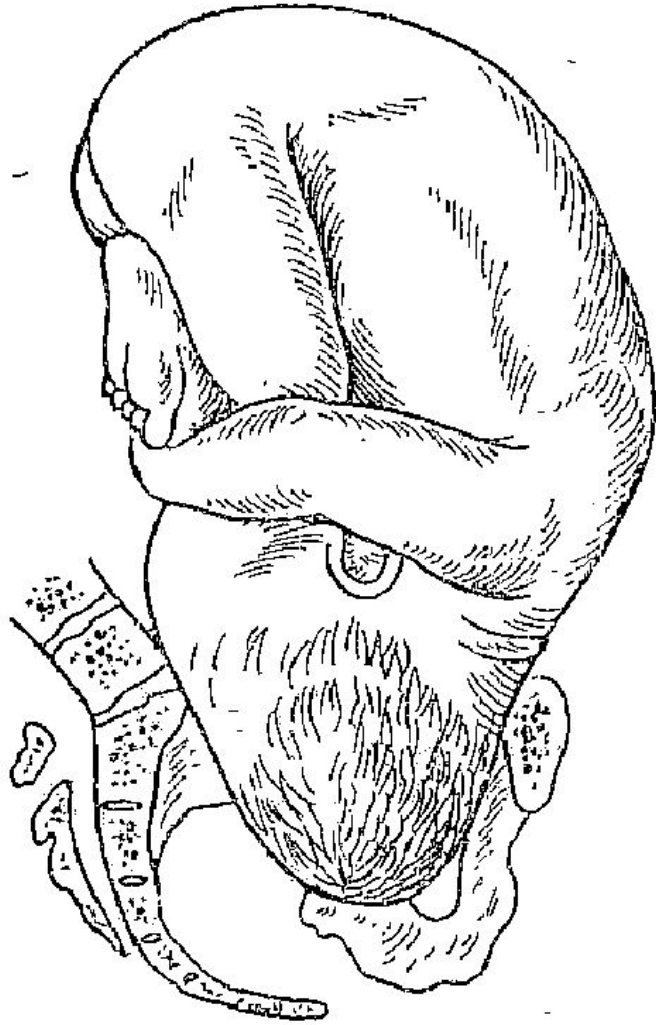
- Широкие швы
- Большие роднички
- Пергаментность костей черепа.





# ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ

- Стреловидный шов при высоко стоящей головке устанавливается строго в прямом размере входа таза, который является наименьшим диаметром.
- Частота - 0,001-1,6 %.
- **ЭТИОЛОГИЯ**
- Анатомические особенности таза: поперечносуженный таз (вариант нормы), плоский таз.
- Форма и величина головки (необычное соотношение величин большого поперечного и малого косога размеров. В норме большой поперечный несколько меньше малого косога вследствие чего плоскость черепа по малому косога размеру, имеет форму продольно-овальную. Если большой поперечный больше малого косога, то плоскость малого косога имеет форму поперечно-овальную.
- Излитие вод в момент перехода плода из одной позиции в другую.
- Неполноценность брюшного пресса (отвислый живот).



# ЛОБНОЕ ВСТАВЛЕНИЕ

- Один из вариантов разгибательного вставления. Головка вступает во вход большим косым размером - 13,5 см. Ведущая точка лоб.
- **ЭТИОЛОГИЯ**
- Узкий таз
- Короткая пуповина
- Многоводие (обильное излитие вод способствует образованию лобного вставления)
- **ДИАГНОСТИКА**
- Только путем внутреннего исследования. Палец в центре таза прощупывает лоб, с одной стороны которого определяется лобный шов с другой стороны надбровные дуги и верхний край глазницы.
- **ПРОГНОЗ**
- Роды не возможны.
- **ТАКТИКА**
- Кесарево сечение.

# ЛИЦЕВОЕ ВСТАВЛЕНИЕ

- Крайняя степень разгибательного вставления головки. Проводная точка подбородок. Головка проходит полость таза вертикальным размером (9,5 см). В переднем виде ведение родов выжидательное. “Если на тебя глядит - значит родит.”
- **ЭТИОЛОГИЯ**
- Узкий таз
- Своеобразная форма черепа, чрезмерная величина головки, обвитие пуповины вокруг шеи, несостоятельность брюшного пресса.
- **ДИАГНОСТИКА**
- Определяются части лица: подбородок, рот, нос, глазницы.
- **ПРОГНОЗ**
- Роды не возможны.
- **ТАКТИКА**
- Кесарево сечение.



A. Chin anterior

B. Chin posterior

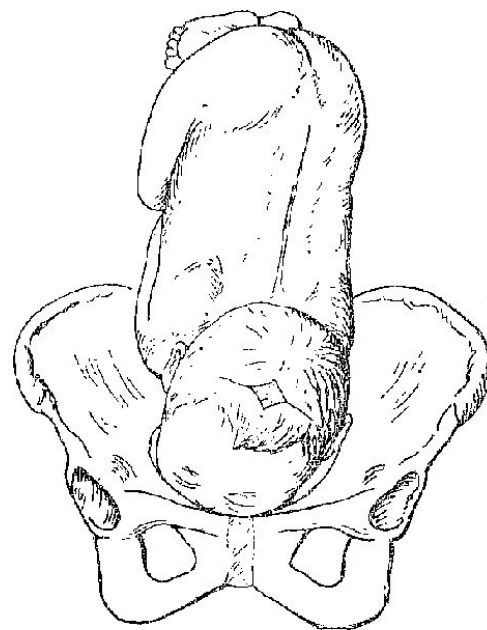
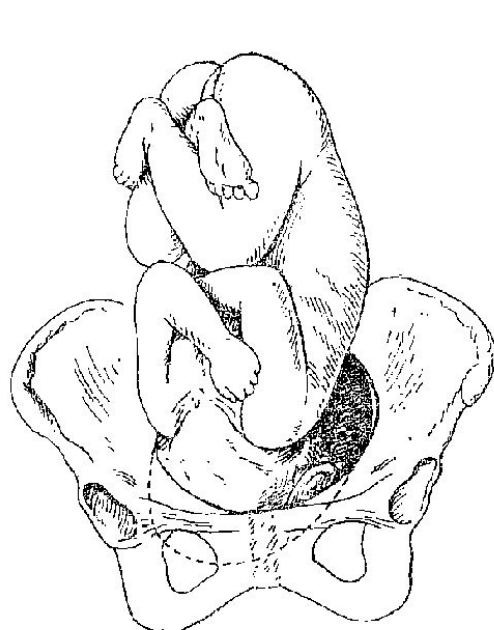


Рис. 23. Продольное положение, черешное (головное) предлежание, в частности лицевое, первая позиция, передний вид (подбородок впереди, к лону), или первое (I) лицевое, передний вид.

# ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

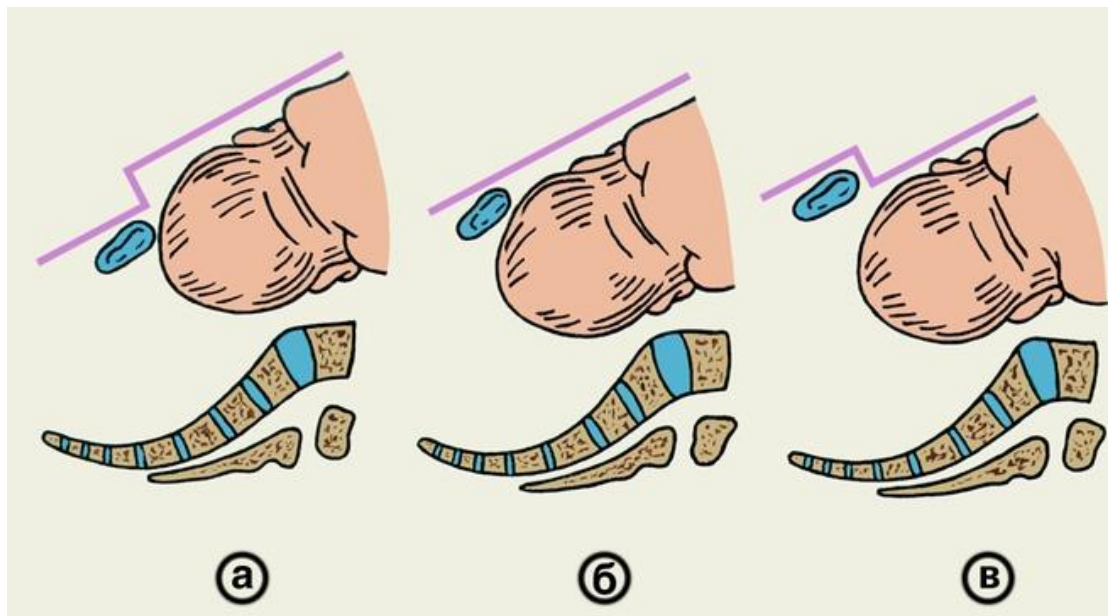
- **Особенности механизма вставления.**
- Передне-теменное (+)
- Задне-теменное (-)
- Косое асинклитическое
- Отклонение от нормального течения родов, присущего данной форме узкого таза.

# **ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА**

- **Отсутствие продвижения головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности**
- Является наиболее достоверным признаком клинически узкого таза.
- Длительность ожидания:
- Первородящие - 2 час,  
повторнородящие - 1 час.

# ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

- Выраженная конфигурация головки
- Признак Вастена





# ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

## Симптомы угрожающего разрыва матки

(И.Ф.Жордания (1965 г.)

- Частые болезненные схватки
- Высокое расположение контракционного кольца и болезненность и истончение нижнего сегмента
- Отек шейки матки и влагалища
- Непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность при подвижной над входом головке.
- Наличие всех признаков клинически узкого таза не обязательно. Вопрос об абсолютном несоответствии может быть решен в период раскрытия без проведения функциональной пробы во 2 периоде.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

Р.И. Калгановой (1968 г.) предложена классификация клинически узкого таза в зависимости от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода, которая предусматривает 3 степени несоответствия:

- **1 степень несоответствия (относительное несоответствие)**
- особенности механизма вставления головки и родов свойственны имеющейся форме сужения таза;
- конфигурация головки хорошая.
- Эти моменты при наличии энергичной родовой деятельности способствуют преодолению головкой имеющегося препятствия со стороны таза и благоприятному исходу родов. Родовой акт длится несколько больше обычного.

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- **2 степень несоответствия (значительное несоответствие)**
- особенности механизма вставления головки и родов свойственны данной форме сужения таза;
- длительное стояние головки в одной плоскости;
- симптомы прижатия мочевого пузыря;
- признак Вастена "вровень".
- *Сочетание 2 степени несоответствия с анатомическим сужением таза, немолодым возрастом первородящей, отягощенным акушерским анамнезом (мертворождения, длительное бесплодие), а также другими осложнениями является показанием для абдоминального родоразрешения.*

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- **3 степень несоответствия (абсолютное несоответствие)**
- особенности вставления головки присущи имеющейся форме сужения таза, однако часто возникает механизм вставления головки, несвойственный для данной формы анатомически узкого таза;
- выраженная конфигурация головки или отсутствие конфигурабельной способности головки, особенно переносенного плода;
- "положительный" признак Вастена;
- выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря;
- преждевременное появление непроизвольных безрезультатных потуг;
- отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности;
- симптомы угрожающего разрыва матки.
- При 3 степени несоответствия единственно целесообразным методом родоразрешения является кесарево сечение.

# **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТАЗА**

- Является единственным методом, при помощи которого можно выявить соотношение между тазом роженицы и головой плода. Диагностические признаки клинически узкого таза следует рассматривать, как **тесты функциональной диагностики**.
- **Вставление головки:** лицевое, лобное, высокое прямое.
- **Степень конфигурации:** резко выраженная конфигурация головки является признаком диспропорции и зависит от степени несоответствия. Чем больше несоответствие, тем хуже прогноз.
- **Отсутствие конфигурации,** также неблагоприятно (переношенная беременность).
- **Признак Вастена.**
- **Симптомы прижатия мочевого пузыря.**
- **Симптомы угрожающего разрыва** матки свидетельствуют о резко выраженной диспропорции, но до этого нельзя доводить.

# ПРОФИЛАКТИКА

- Правильное развитие девочек
- Оздоровительные мероприятия
- Выделение группы риска
- Госпитализация за 2 недели до родов