

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

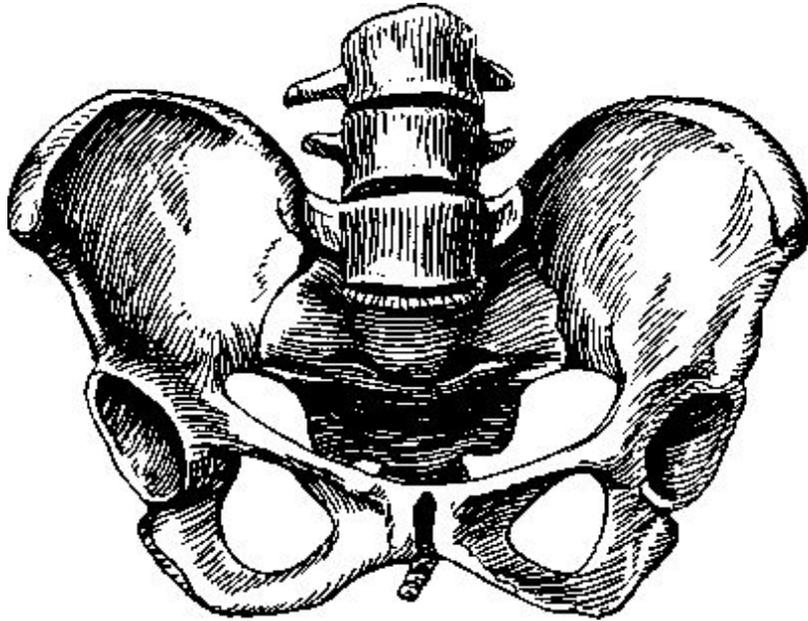
Традиционно узкие тазы классифицируются по форме, степени сужения и частоте встречаемости.

КЛАССИФИКАЦИЯ УЗКИХ ТАЗОВ

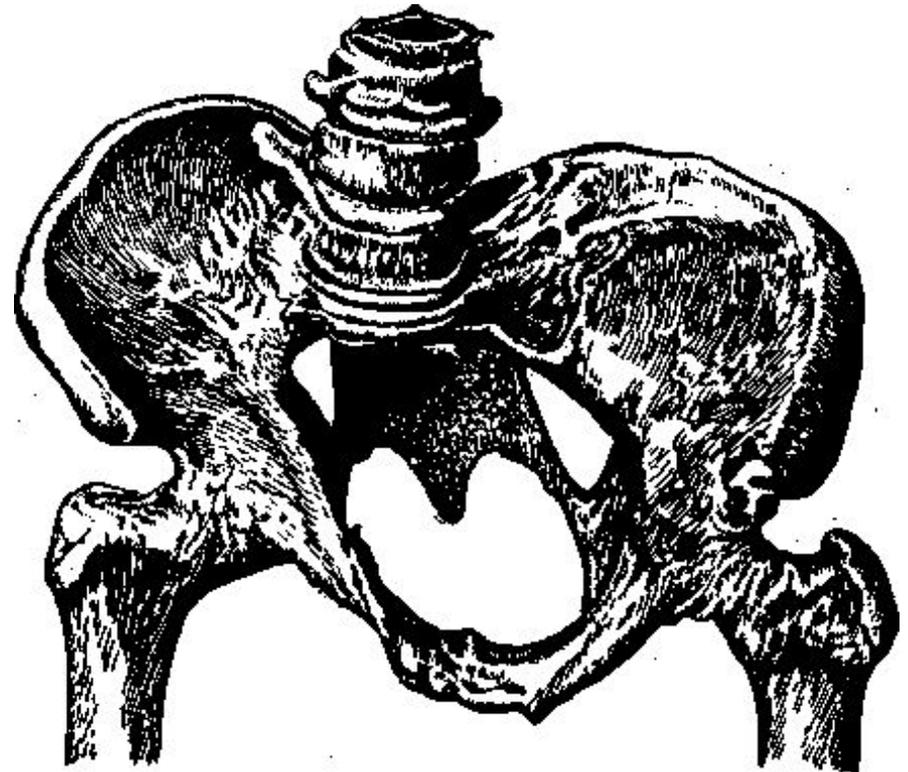
(по форме сужения)

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

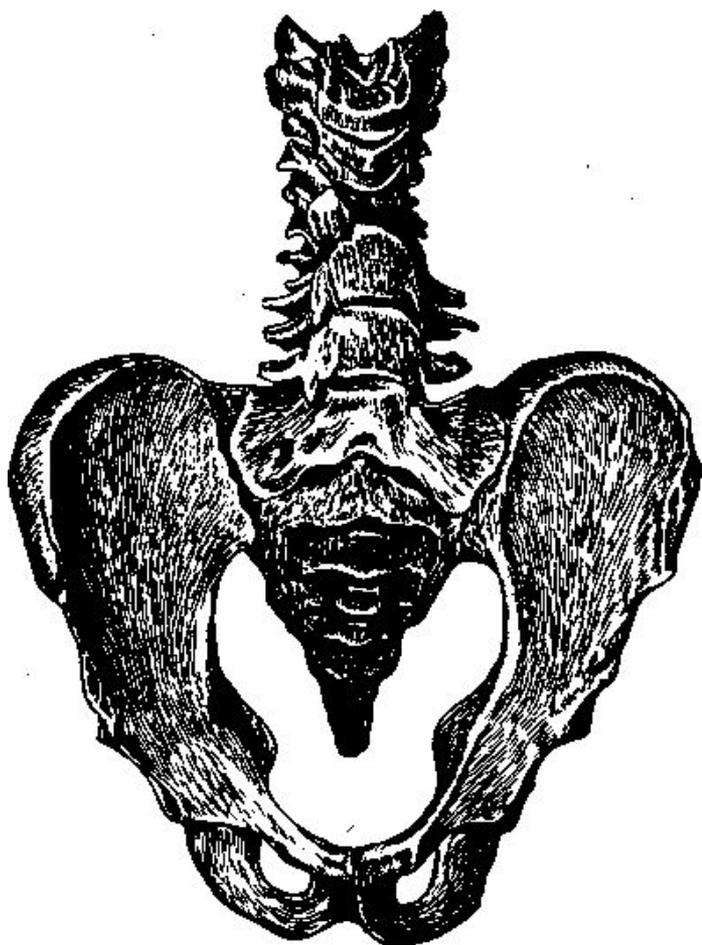
Редко встречающиеся формы



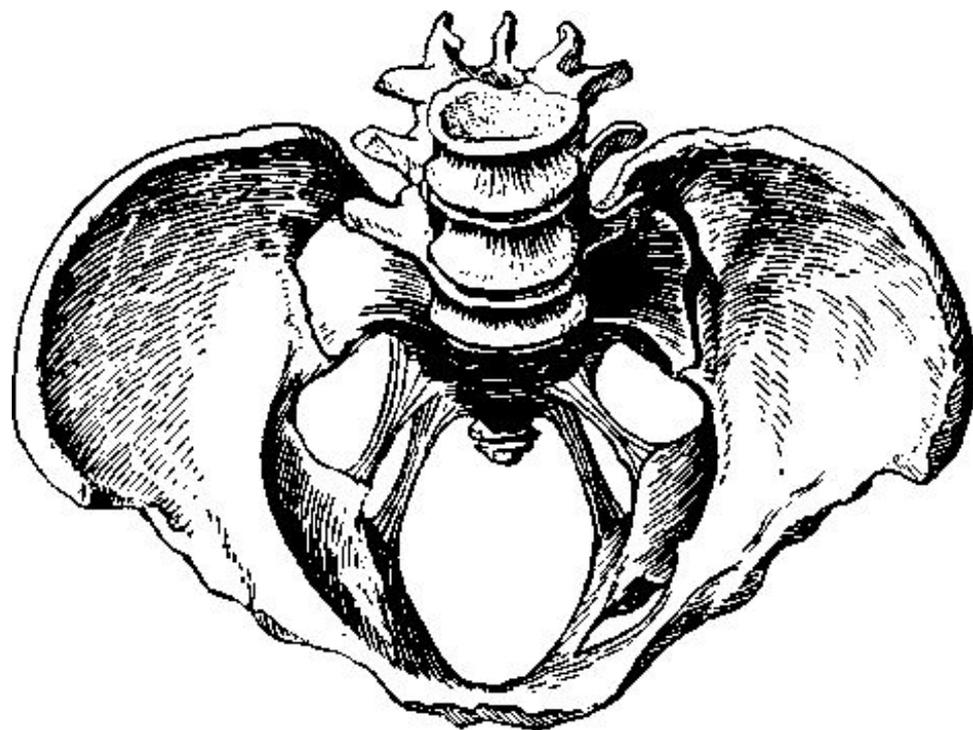
Хондродистрофический
таз



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)

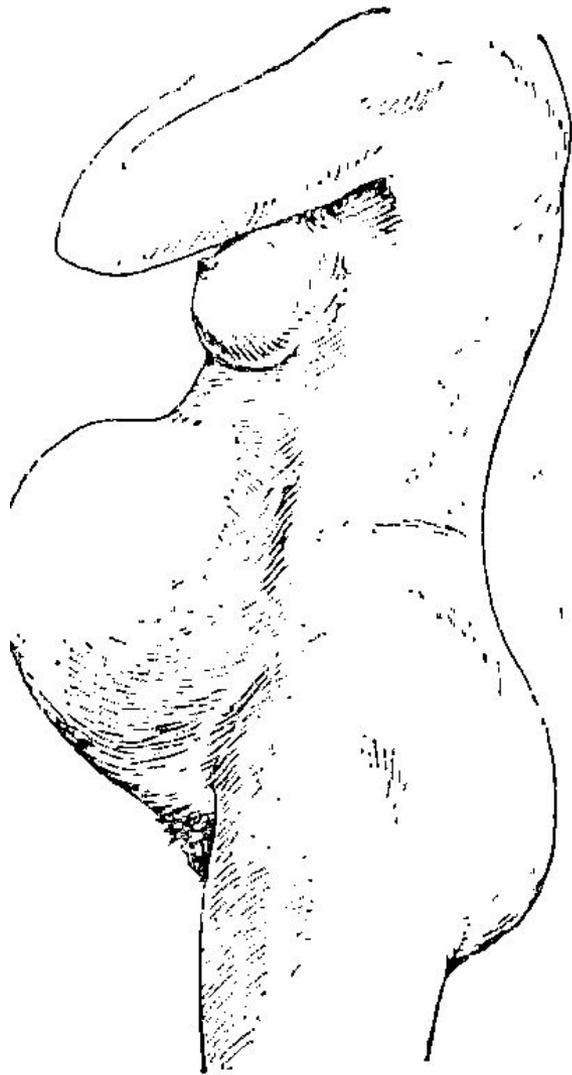


Рис. 134. Остроконечный живот (venter acuminatus).

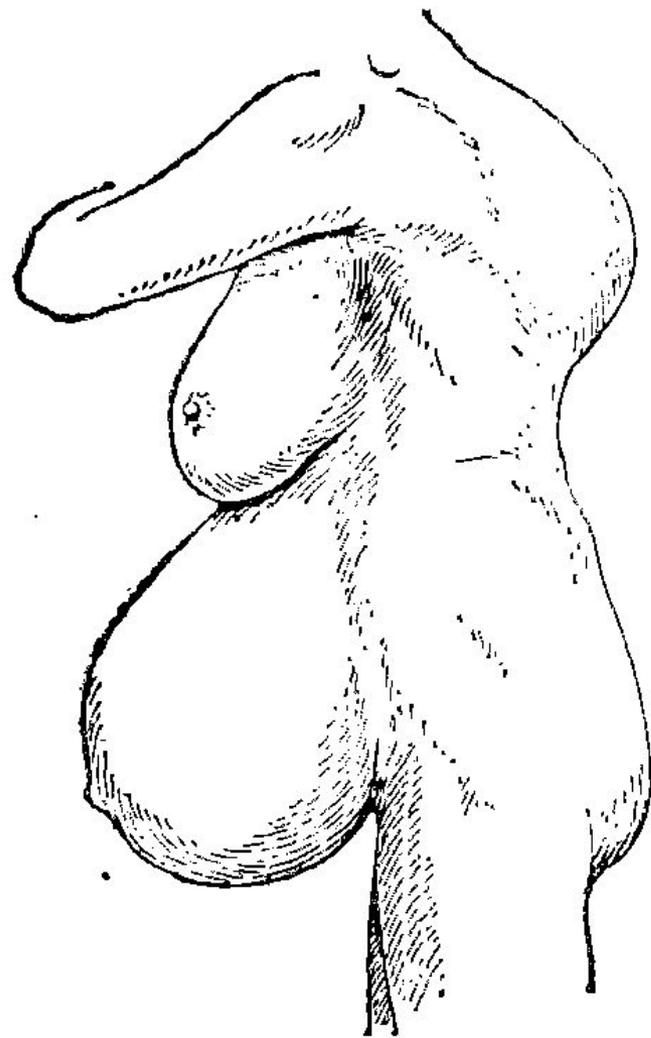


Рис. 135. Отвислый живот (venter propendens).

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

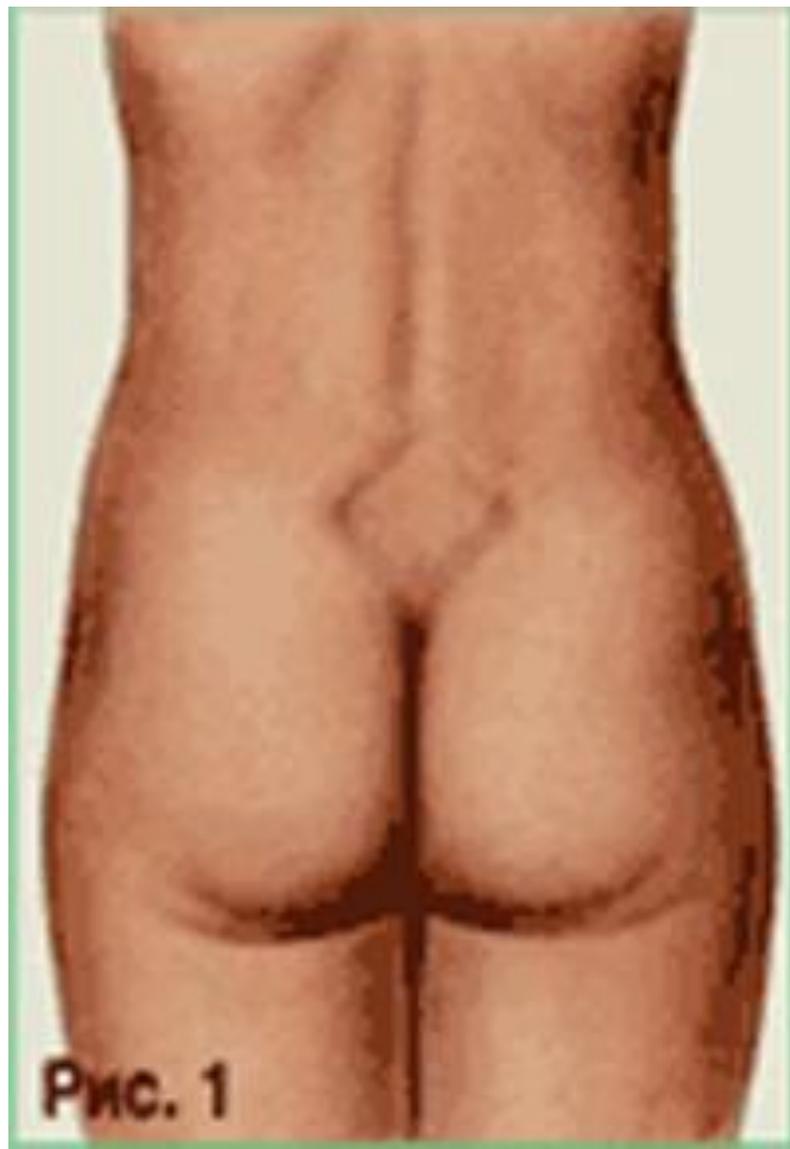
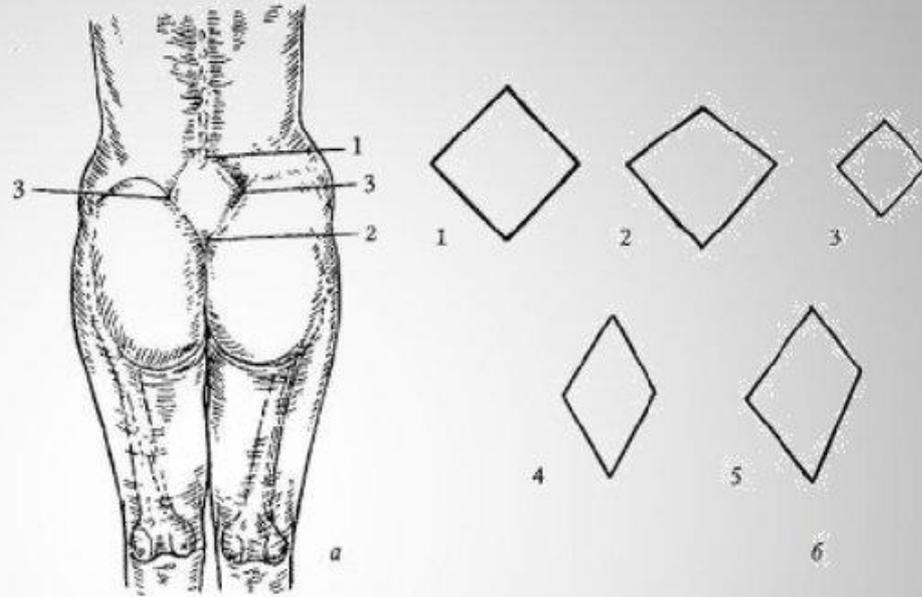
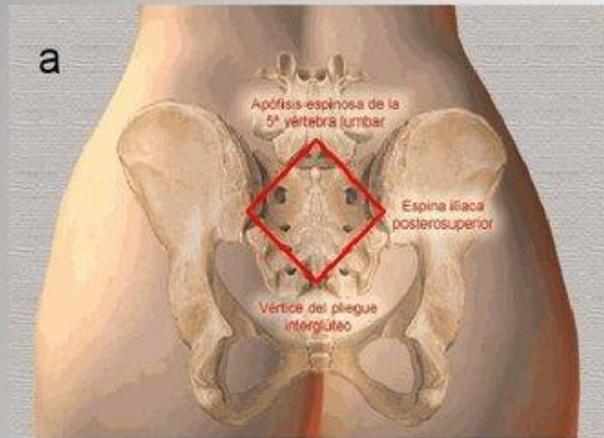


Рис. 1

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

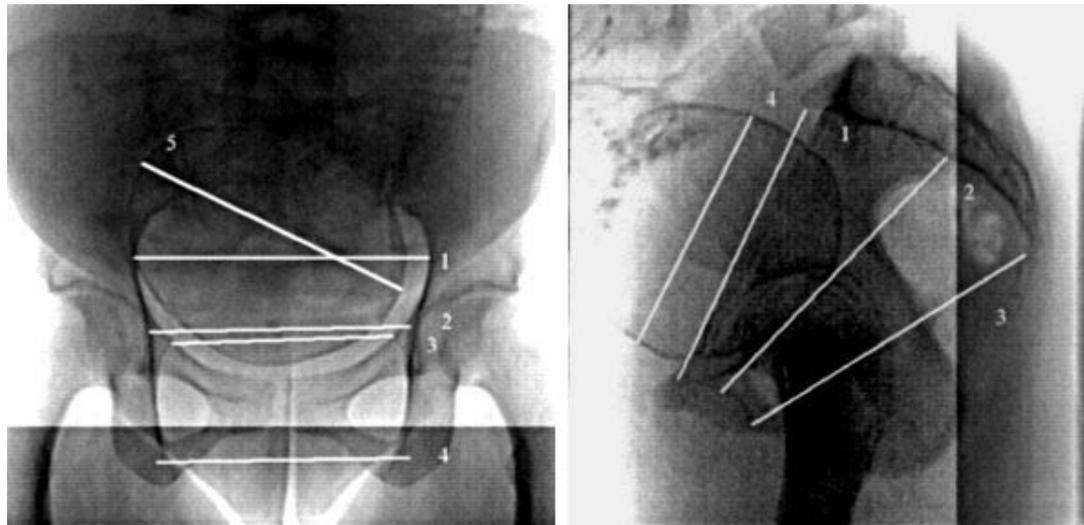
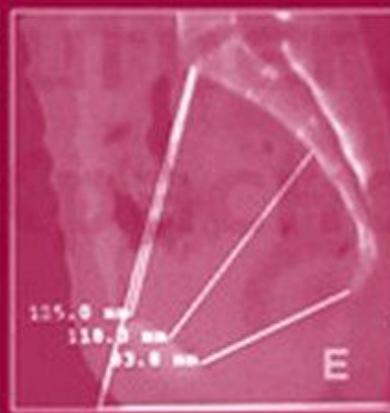
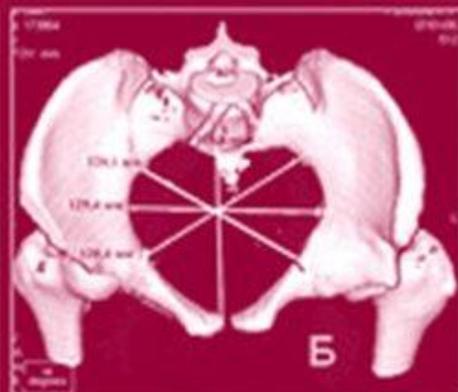


Рис. 54. Рентгенограмма таза и тазобедренного сустава женщины.
1 – крестцово-подвздошный сустав; 2 – полость тазобедренного сустава; 3 – передний контур вертлужной впадины; 4 – задний контур вертлужной впадины; 5 – головка бедра; 6, 7 – малый и большой ветвель соответственно; 8 – седлачный бугор; 9 – тело седлачной кости; 10 – ветвь седлачной 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.

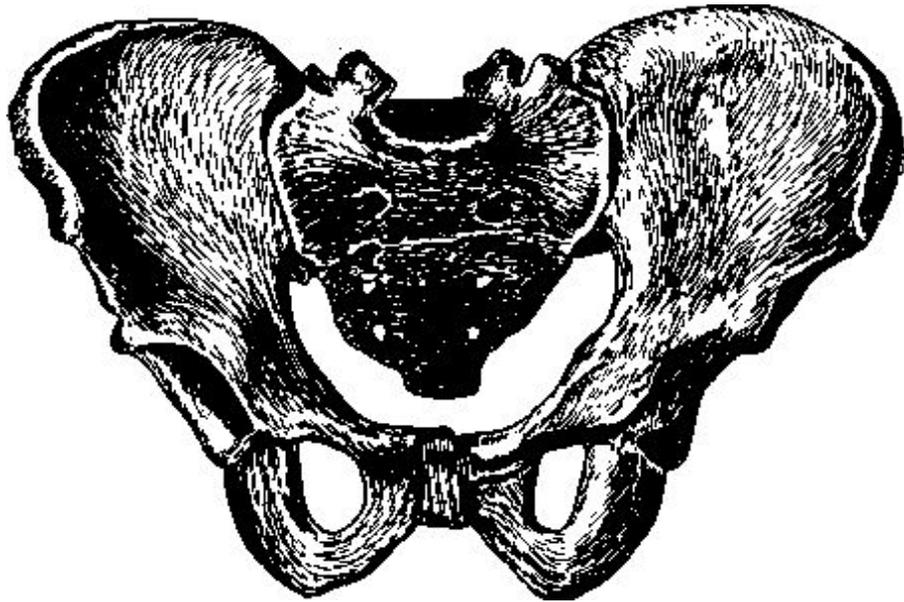
Консервативное ведение родов

- 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).

Общеравномерносуженный таз

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

Биомеханизм родов

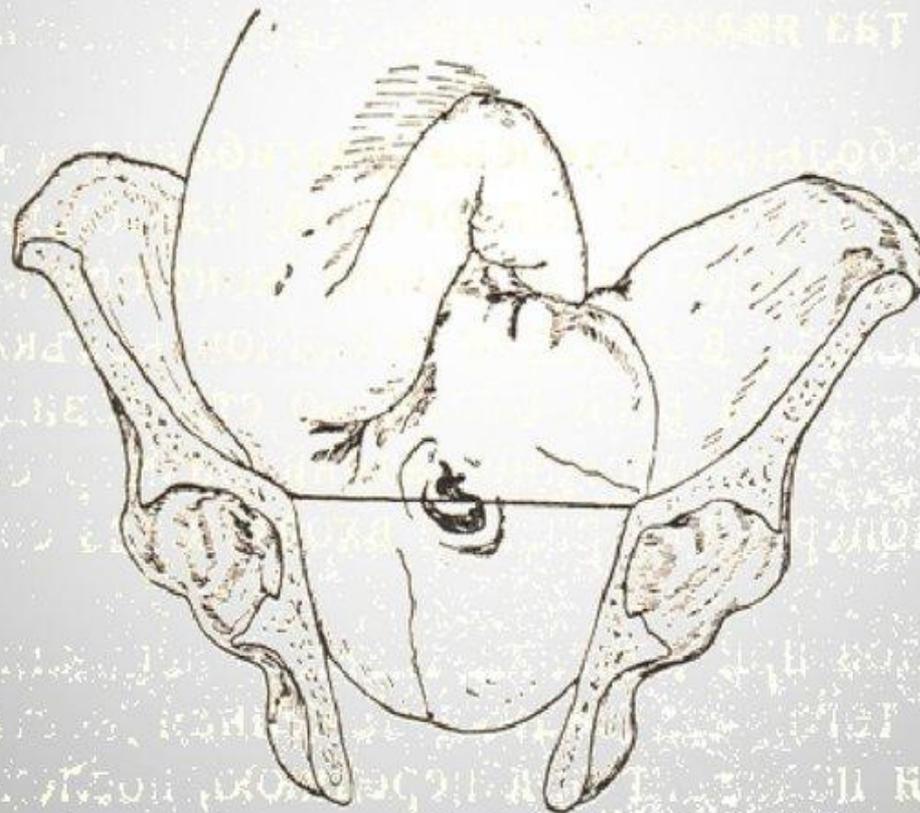
Форма анатомического сужения таза определяет механизм предлежания, вставления и продвижения головки по родовому пути

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)

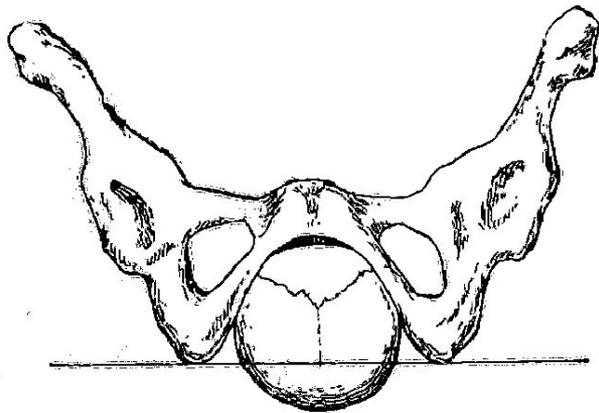
Стреловидный шов соответствует косому размеру входа в таз, соответственно большим поперечным размером головка проходит так же через косой размер.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ при ОРСТ (Родедера)

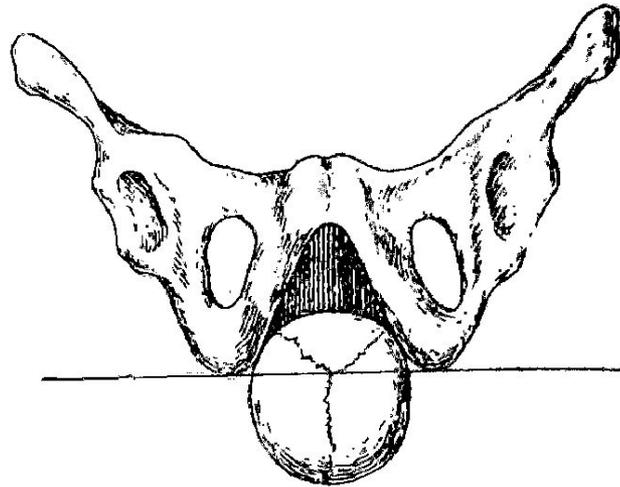
Из-за чрезмерного сгибания разгибание головки, в момент прорезывания происходит более длительно, чем при нормальном биомеханизме родов. Область подзатылочной ямки не может подойти к симфизу, часто возникают глубокие разрывы.

140

F



141

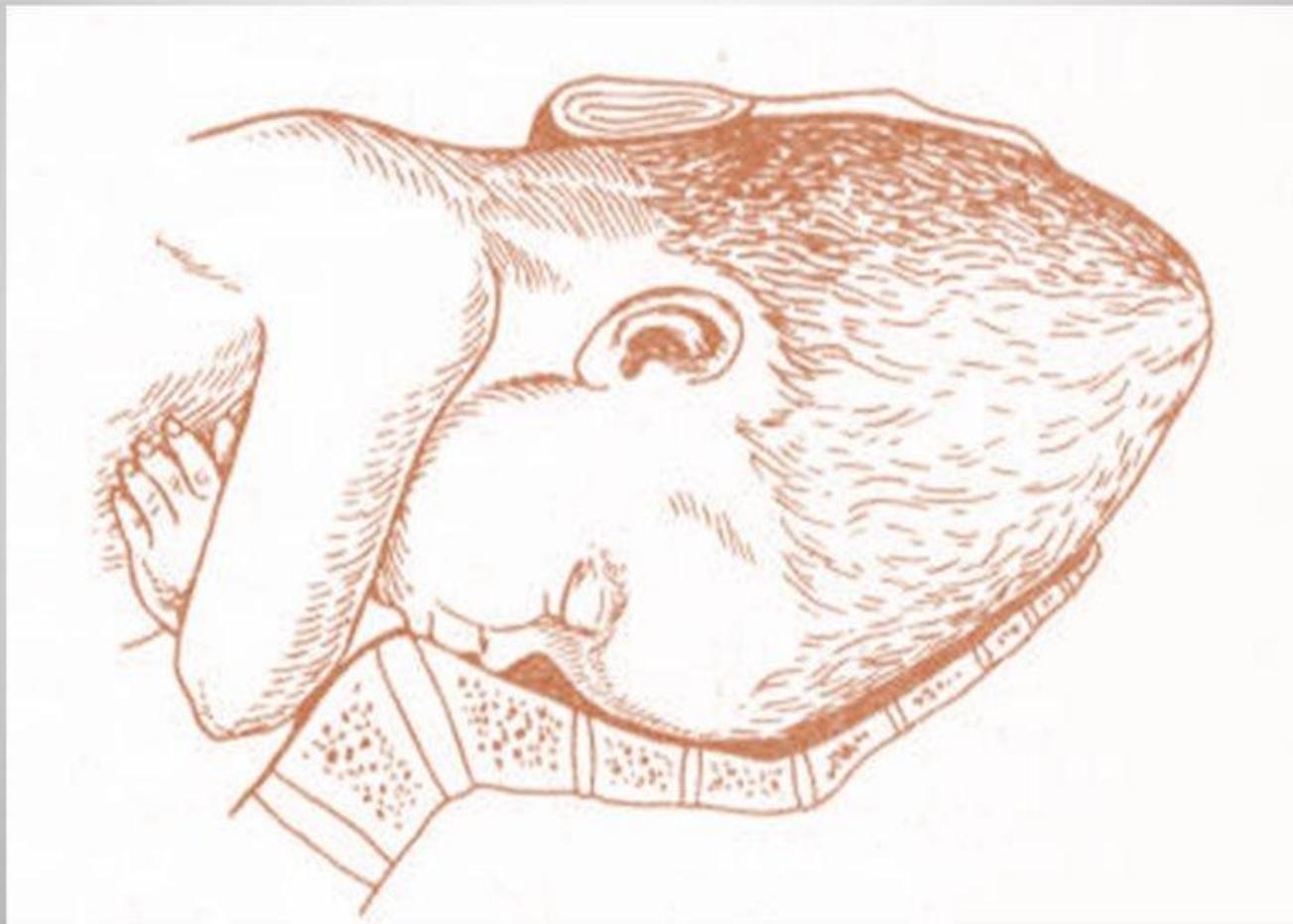


142

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



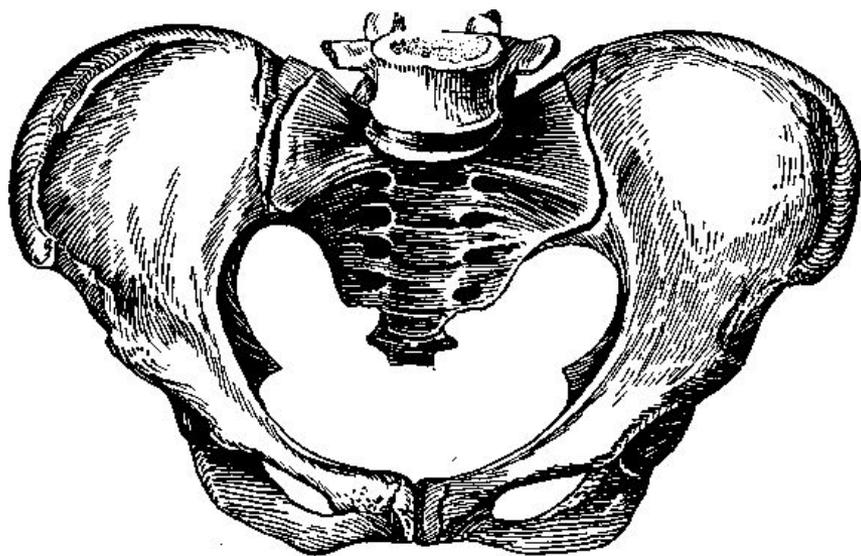
Плоский таз

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

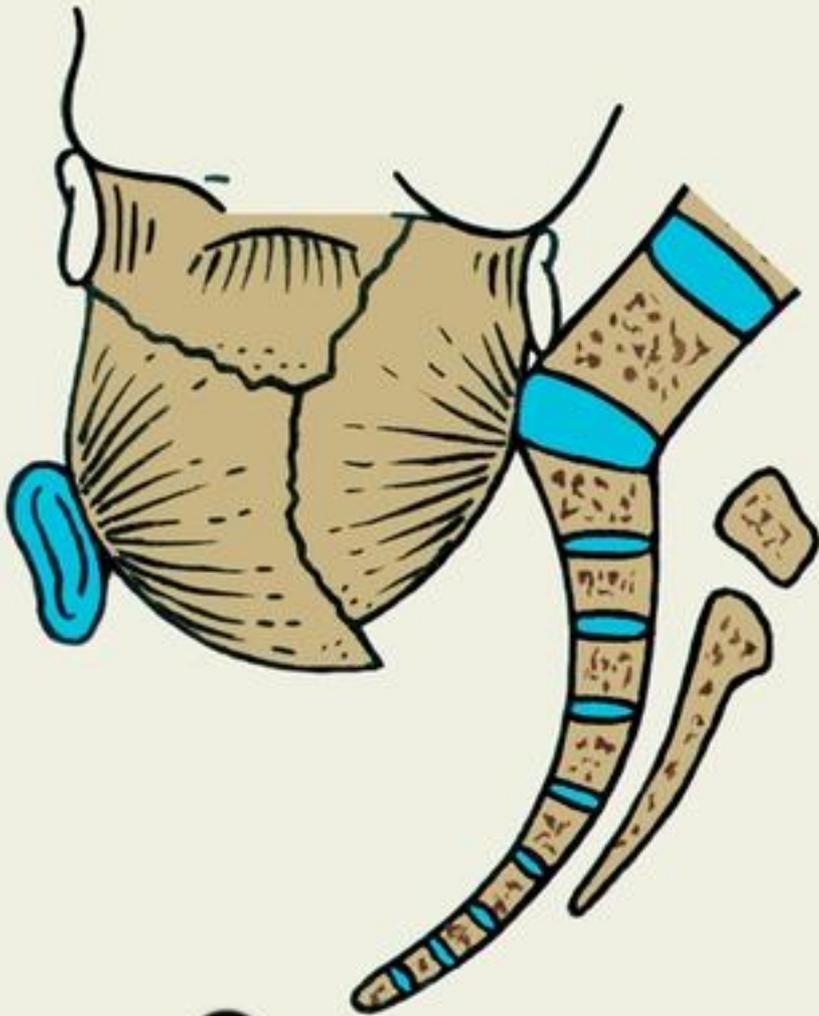
- Головка встречает препятствие со стороны мыса, задерживается (ложится на мыс) на нем задней теменной костью, т.к. мыс клиновидно и горизонтально выступает во вход в таза, поэтому первой вставляется передняя теменная кость при боковом сгибании головки к заднему плечу, стреловидный шов отклоняется к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

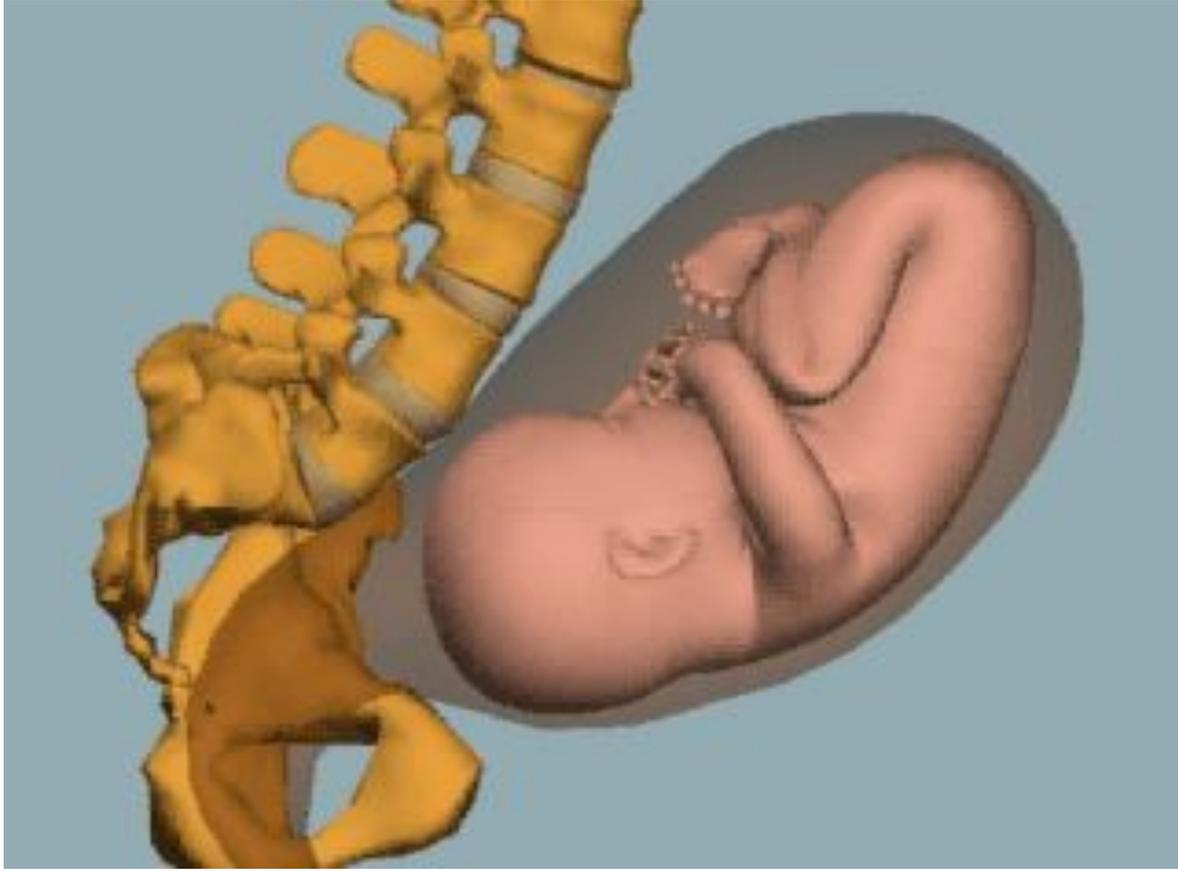
- Высокое прямое стояние головки (прямой размер наибольший), благоприятно при увеличении всех прямых размеров.
- Косое асинклитическое вставление: вставляется передней теменной костью, и стреловидный шов смещается кзади.

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

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

ГИДРОЦЕФАЛИЯ

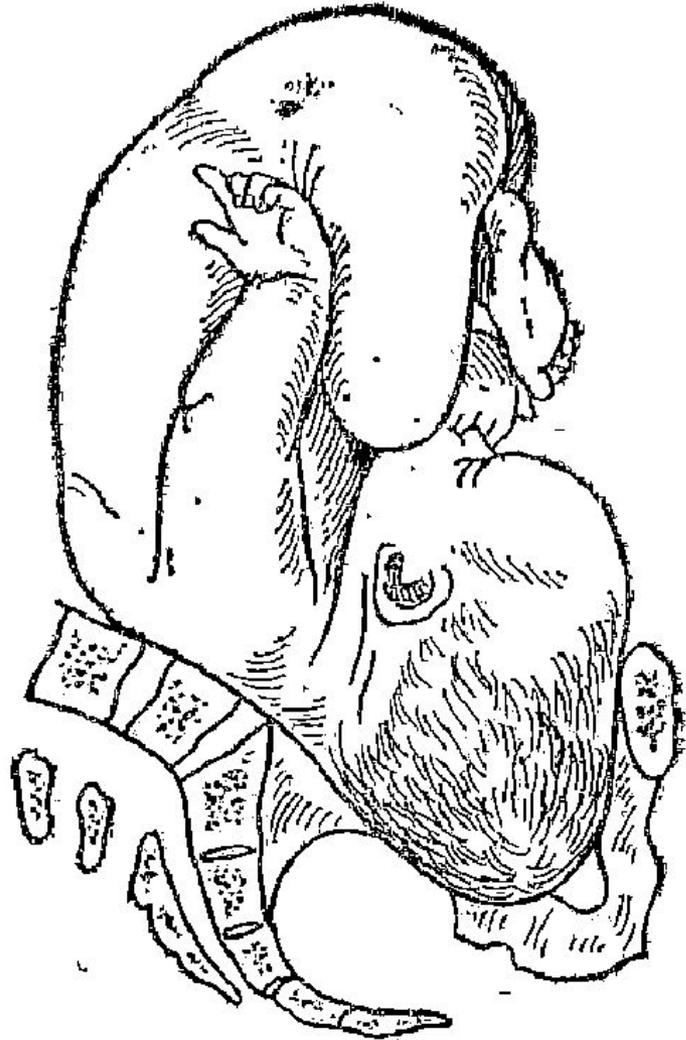
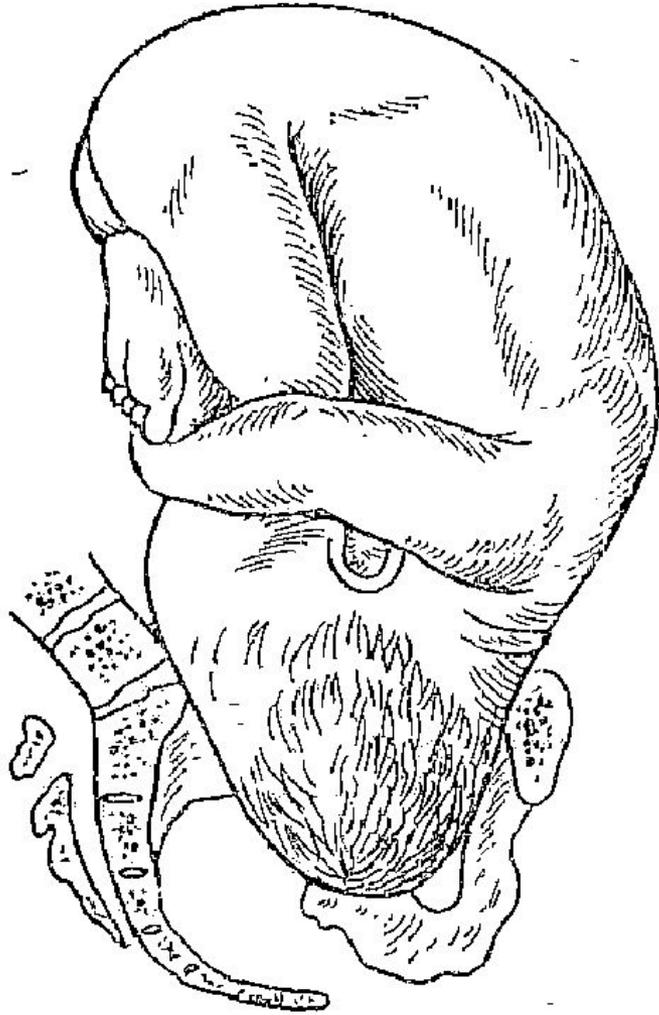
Признаки:

- 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: поперечносуженый 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

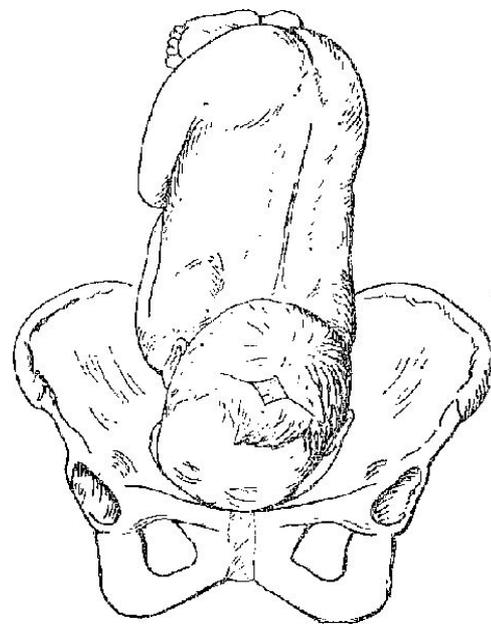
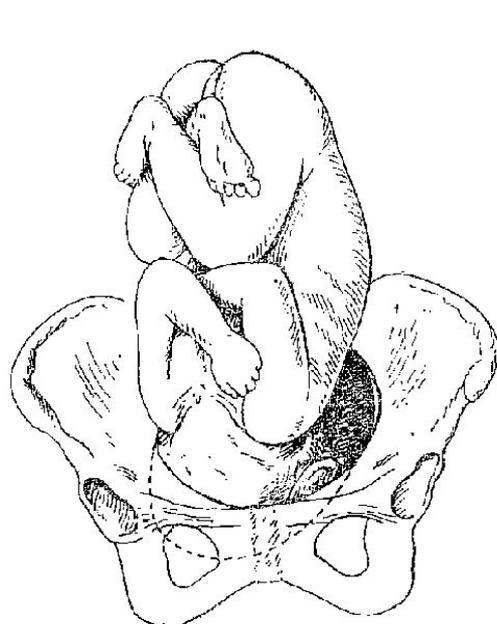


Рис. 23. Продольное положение, черешное (головное) предлежание, в частности лицевое, первая позиция, передний вид (подбородок кпереди, к лону), или первое (I) лицевое, передний вид.

ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

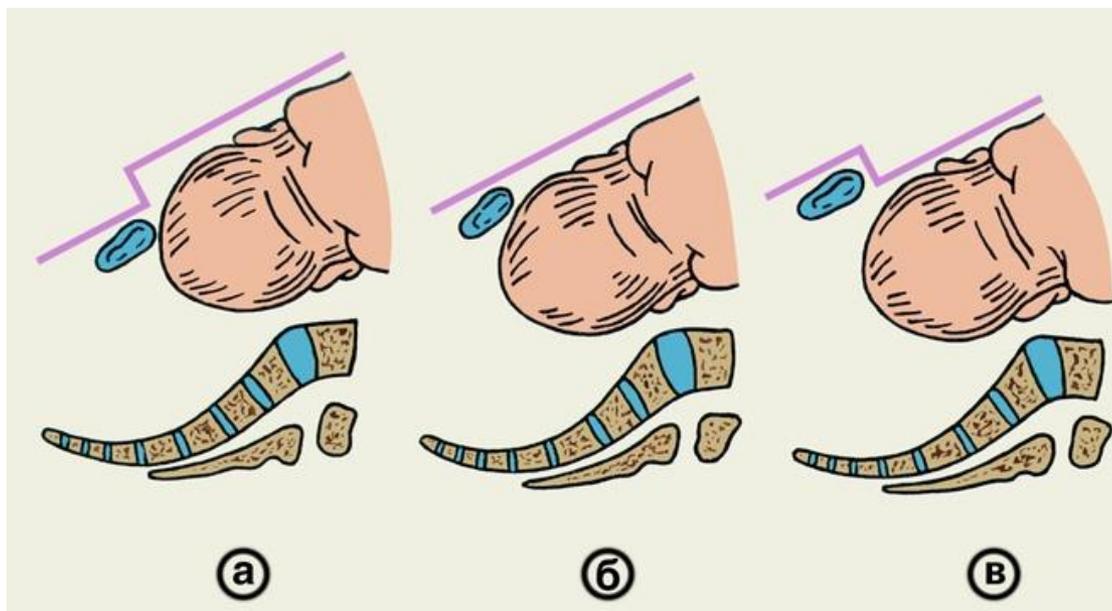
- **Особенности механизма вставления.**
- Передне-теменное (+)
- Задне-теменное (-)
- Косое асинклитическое
- Отклонение от нормального течения родов, присущего данной форме узкого таза.

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