

Рецензия

На реферат по дисциплине « Акушерство и гинекология» клинического ординатора Грицфельд Т.В. на тему: «Анатомически и клинически узкий таз».

Актуальность заявленной темы реферата очевидна, так как 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 функционально-узкого таза.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности.

Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Четко соблюдены требования к оформлению реферата: титульный лист, оглавление со страницами, введение, основная часть, заключение, списки литературы, источников. В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факт, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

В целом работа выполнена на хорошем уровне, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ и заслуживает оценки «отлично».

Руководитель клинической ординатуры: Шапошникова Е.В.



Учение об узком тазе сложилось в результате проведения многочисленных исследований анатомов и акушеров. В течение многих столетий до XVI века существовало убеждение, что кости таза во время родов расходятся и плод родился, упираясь ножками в дно матки. В 1543 г. Везалий, впервые описавший таз, установил, что лобковые кости соединены в симфизе неподвижно. Аранций (1572) подтвердил мнение Везалия о неподвижном соединении костей таза и описал деформации его. В 1701 г. Девентер описал общесуженный и плоский таз и отметил особенности течения родов в зависимости от формы и степени сужения. В дальнейшем (XVIII и XIX века) проблему узкого таза изучали Левре, Смелли, Редерер, Литцман, Н. М. Максимович-Амбодик, Михаэлис, А. Я. Крассовский, Н. Н. Феноменов и другие акушеры. Были получены ценные данные о частоте, формах и степени сужения, о механизме родов, об их осложнениях, исходе для роженицы и плода и др.

В развитие учения об узком тазе особенно ценный вклад внес А. Я. Крассовский, наиболее полно описавший типичные и редкие формы узкого таза, а также особенности механизма родов при разных формах сужения. Отечественные акушеры изучали вопросы диагностики узкого таза, клиническую картину родов и принципы ведения их при узком тазе. Однако и в настоящее время осталось много важных и сложных нерешенных вопросов. Во время родов при узком тазе нередко возникают осложнения, угрожающие матери и плоду. При этих осложнениях необходима квалифицированная акушерская помощь, причем нередко возникают показания к хирургическому вмешательству.

Проблема аномалий таза почти полностью относится к узкому тазу. Известное клиническое значение имеет также широкий таз. Размеры его на 2 — 3 см превышают цифры, типичные для нормального таза. Широкий таз, наблюдающийся чаще у рослых, хорошо развитых женщин распознается путем применения обычных методов исследования (осмотр, измерение таза и др.). При влагалищном исследовании определяются значительная емкость малого таза, недоступность мыса, увеличение расстояния между седалищными буграми, крестцом и мысом.

Роды при широком тазе в большинстве случаев протекают нормально, период изгнания бывает ускоренным. Однако нередко возникают разгибательные предлежания, низкое поперечное стояние сагиттального шва, высокое прямое стояние головки. Эти осложнения обусловлены отсутствием сопротивления головке, продвигающейся через широкий таз. Второй период родов может протекать стремительно, в связи с чем часто бывают разрывы мягких тканей родовых путей и родовые травмы плода (внутричерепная травма и др.). Поэтому во время родов при широком тазе необходимо тщательное наблюдение за состоянием роженицы и плода, характером родовых сил и особенностями механизма родов.

Понятие об узком тазе. По М. С. Малиновскому, узким тазом принято считать таз, костный скелет которого настолько изменен, что при прохождении через него доношенного плода, особенно головки, встречаются препятствия и трудности механического характера. Эти затруднения и препятствия выражены в различной степени. При небольшом сужении таза они устраняются и роды заканчиваются самопроизвольно; в случае резкого несоответствия между размерами таза и плода (головки) возникают непреодолимые препятствия для родов.

В узком тазе могут быть уменьшены все размеры: прямые, поперечные и косые; могут быть укорочены только некоторые размеры (например, прямые или поперечные) и даже один из размеров таза (например, прямой размер входа в таз). В соответствии с этим А. Я. Крассовский считает, что узким тазом является такой, в котором «уменьшены все размеры

или некоторые размеры, или один из главных размеров таза». Большинство акушеров считают таз узким, если все размеры или хотя бы один из них укорочен по сравнению с нормальным на 1,5 — 2 см и больше.

Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты. Если он меньше 11 см, а именно 10 см и ниже, таз является узким. О размере истинной конъюгаты можно судить по величине диагональной и наружной конъюгаты. Поэтому к узким тазам можно отнести такие, в которых наружная конъюгата меньше 19 см, а именно 18 см и ниже. Таким образом, на основании измерения таза, при котором выясняется укорочение всех или некоторых размеров, ставится диагноз узкого таза. Различают: 1) анатомически узкий таз; 2) функционально, или клинически, узкий таз.

Как отмечено выше, анатомически узким тазом является такой, в котором укорочены все размеры или хотя бы один из них.

Необходимо указать, что анатомически узкий таз не всегда является препятствием для родов. При умеренном сужении таза исход родов зависит не только от его размеров, но также от характера родовой деятельности, величины плода и способности головки плода к конфигурации. Если родовая деятельность хорошая, плод некрупный, головка хорошо конфигурирует, роды протекают нормально. При небольшой степени сужения таза роды обычно заканчиваются благополучно для матери и плода. В таких случаях анатомически узкий таз не является функционально узким. При слабости родовой деятельности, недостаточной способности головки плода к конфигурации или при крупном плоде таз такого же размера явится препятствием для родов (будет функционально узким тазом). При равной степени сужения (например, наружная конъюгата равна 18 см) у одной женщины роды будут протекать нормально, у другой — возникнут осложнения. Следовательно, анатомически узкий таз в функциональном и клиническом отношении не всегда является узким. Анатомически узкий таз в функциональном отношении (в смысле течения и исхода родов) может быть узким или неузким в зависимости от силы схваток и потуг, величины и конфигурации головки плода и т. д. В литературе встречаются термины «диспропорция» таза, «неадекватный» (клинически узкий) и «адекватный» (клинически неузкий) таз и др.

Диагностика анатомически узкого таза основана на его измерении (тазомером, путем рентгено- или ультразвуковой пельвиметрии); вопрос о том, будет ли данный таз функционально узким, решается во время родов путем оценки характера родовой деятельности, продвижения головки и т. д.

Таким образом, функционально узким является такой таз, который представляет затруднения или препятствия для течения данных родов.

При высокой степени сужения анатомически узкий таз всегда будет узким в функциональном (клиническом) отношении; роды невозможны даже при сильной родовой деятельности и хорошей конфигурации головки.

Этиология узкого таза сложна и многообразна. Узкий таз является одним из главных признаков инфантилизма. Все условия, способствующие задержке развития организма, ведут одновременно к развитию узкого таза. К ним относятся неблагоприятные условия жизни, тяжелые продолжительные заболевания в детском возрасте и в период полового созревания. Нарушения развития костной системы и процесса формирования таза могут возникнуть во внутриутробном периоде, при заболеваниях женщины, ведущих к расстройству обмена веществ, определенную роль играет и неполноценное питание беременной

(недостаток белков, витаминов, микроэлементов, фосфора, кальция и др.). Имеет значение рахит, перенесенный в детстве. При рахите возникают деформации черепа, позвоночника, грудины, нижних конечностей и таза. Рахитические деформации костей таза обуславливают сужение его. Деформация таза возникает не только при выраженных, но и при стертых формах рахита, когда изменения в других частях скелета малозаметны. К нарушению формы таза и сужению его ведет туберкулез костей и суставов, особенно поражение тазобедренного и коленного суставов и позвоночника в детском возрасте. То же наблюдается при переломе костей таза, вывихах и неправильно сросшихся переломах нижних конечностей, сопровождающихся хромотой и другими нарушениями движений. К редким причинам происхождения узкого таза относятся экзостозы и опухоли костей таза, соскальзывание V поясничного позвонка кпереди, деформации крестцово-подвздошных соединений и другие процессы.

Узкий таз, по данным разных авторов, встречается в 2,6—15 — 20% случаев. Такие колебания в значительной мере объясняются отсутствием единой классификации узкого таза, разницей в определении границ между нормальным и узким тазом. Одни авторы считали таз узким даже при незначительном укорочении его размеров, другие считали признаком узкого таза наружную конъюгату, равную 17,5 см и меньше.

На развитие узкого таза оказывают значительное влияние материальное благосостояние и культура народов, уровень заболеваемости детей и подростков, охрана здоровья женщины, особенно в период беременности и др. В нашей стране наблюдается значительное снижение процента женщин с узким тазом, особенно с резко выраженной формой этой патологии. М. С. Малиновский и М. Н. Побединский указывают, что узкий таз, представляющий затруднения (реже — препятствия) для родов (функционально узкий таз), встречается у 3—5% рожениц. По данным Р. И. Калгановой, клинически узкий таз встречается у 1,3 — 1,7 % рожениц, но эта проблема остается актуальной вследствие возникновения осложнений в родах, опасных для матери и плода.

КЛАССИФИКАЦИЯ УЗКОГО ТАЗА

Предложено много классификаций узкого таза, основанных на разных принципах. Наиболее обоснованным является этиологический принцип. Однако причину развития узкого таза выявить удастся не всегда; один и тот же этиологический фактор может вызвать разную степень и различные формы сужения в зависимости от действия сопутствующих патогенных факторов. В литературе (преимущественно зарубежной) нередко встречается классификация, учитывающая следующие особенности строения таза: 1) гинекоидный таз (нормальный таз женского типа), 2) андройдный таз (мужского типа), 3) антропoidный (присущий приматам) наблюдается у людей, основная особенность — увеличение прямого размера входа в таз, его преобладание над поперечным, 4) палтипелойдный (плоский). Предложена классификация узкого таза с учетом (преимущественно) формы входа, что имеет большое значение для механизма родов и их ведения. В практике обычно пользуются классификациями, в которых учитываются: 1) форма сужения таза (по возможности причины возникновения узкого таза), 2) степень сужения таза.

Классификация узкого таза по форме сужения. Различают часто встречающиеся и редкие формы сужения таза.

А. Часто встречающиеся формы:

1. Общеравномерносуженный таз.

2. Поперечносуженный таз.
3. Плоский таз: а) простой плоский таз, б) плоскорихитический таз.
4. Общесуженный плоский таз.

Б. Редко встречающиеся формы:

1. Кососмещенный и кососуженный таз.
2. Ассимиляционный таз.
3. Воронкообразный таз.
4. Кифотический таз и другие редкие формы.
5. Спондилодиететический таз.
6. Остеомалатический таз.
7. Таз, суженный экзостозами и костными опухолями.

Часто встречающиеся формы узкого таза.

Общеравно-мерносуженный таз. Все размеры (прямые, поперечные и косые) уменьшены на одинаковую величину, чаще всего на 1 — 2 см. Общеравномерносуженный таз встречается чаще, чем другие формы узкого таза (около 40—45% от общего числа случаев узкого таза).

Общеравномерносуженный таз чистого типа наблюдается у женщин небольшого роста, правильного телосложения; таз имеет правильную форму нормального, хорошо развитого таза, но все размеры его уменьшены. Примерные размеры общеравномерносуженного таза: *distancia spi-narum* — 24 см, *distancia cristarum* — 26 см, *distancia trochanterica* — 28 см, *conjugata externa* — 18 см, *conjugata diagonalis* — 11 см, *conjugata vera* — 9 см.

Наблюдаются следующие разновидности общеравномерносуженного таза.

Инфантильный таз. Встречается у женщин при морфологических и функциональных признаках инфантилизма: недоразвитые вторичные половые признаки, нарушение менструальной функции и др. Наряду с укорочением всех размеров таз сохраняет некоторые признаки, присущие детскому возрасту: крестец узок и малоизогнут, мыс стоит высоко, лобковый угол острый.

Таз мужского типа. Бывает у женщин высокого роста с признаками интерсексуальности (массивные кости, оволосение по мужскому типу и др.). По строению таз приближается к мужскому: высокая воронкообразная форма полости, острый лобковый угол.

Карликовый таз. Крайняя степень сужения общеравномерносуженного таза. Встречается чрезвычайно редко у женщин маленького роста (120—145 см), но пропорционального сложения.

Поперечносуженный таз. Характеризуется уменьшением поперечных размеров таза на 0,5 - 1 см и более при нормальном (или увеличенном) размере истинной конъюгаты. Форма входа малого таза круглая или продольно-овальная вместо поперечно-овальной, присущей нормальному тазу женского типа. При поперечном сужении таза нередко наблюдается уплощение крестца. Диагноз ставится при рентгеновском или ультразвуковом исследовании потому, что клинические признаки, в том числе измерение большого таза, недостаточно информативны. Имеет диагностическое значение

уменьшение поперечного размера крестцового ромба. По данным ряда авторов, поперечносуженный таз составляет 20—30% от всех случаев узкого таза.

Плоский таз. В нем укорочены прямые размеры при обычной величине поперечных и косых размеров. Сужение бывает двояким: 1) укорочены все прямые размеры — простой плоский таз; 2) укорочен только прямой размер входа (истинная конъюгата) — плоскорахитический таз.

Простой плоский таз. Весь крестец приближен к лобковому симфизу; в связи с этим имеется укорочение всех прямых размеров: входа, полости и выхода. Поперечные и косые размеры нормальной величины. Деформаций костей таза и скелета нет. У женщин с простым плоским тазом телосложение обычное. Простой плоский таз встречается нечасто, сужение таза редко бывает значительным. Примерные размеры простого плоского таза: *distantia spinarum* — 26 см, *distantia cristarum* — 29 см, *distantia trochanterica* — 30 см, *conjugata externa* — 18 см, *conjugata diagonalis* — 11 см, *conjugata vera* — 9 см.

Плоскорахитический таз. Имеет ряд деформаций. Крылья подвздошных костей развернуты, расстояние между передневерхними остями подвздошных костей увеличено, *distantia spinarum* по своей величине приближается к *distantia cristarum*. При значительной рахитической деформации таза *distantia spinarum* равняется *distantia cristarum* или даже превышает ее величину: в норме *distantia spinarum* меньше *distantia cristarum* на 3 см. Крестец укорочен, уплощен и повернут вокруг горизонтальной оси так, что основание его приближается к симфизу, а верхушка вместе с копчиком направлена кзади, мыс крестца резко выступает кпереди. Иногда копчик вместе с нижним крестцовым позвонком загнут кпереди (крючкообразно). В связи с поворотом основания крестца мысом кпереди вход в таз имеет почкообразную форму, прямой размер входа уменьшен, поперечные и косые размеры обычные. Чем значительнее выступает кпереди мыс, тем более укорочена истинная конъюгата. Иногда на передней поверхности плоского крестца возникает добавочный (ложный) мыс, образовавшийся в результате окостенения хряща между I и II крестцовыми позвонками. Добавочный мыс может представлять затруднения для продвижения подлежащей части плода. Размеры выхода таза увеличены. Прямой размер выхода увеличен в связи с отклонением верхушки крестца кзади. Поперечный размер выхода таза увеличен, так как седалищные бугры находятся на большем расстоянии один от другого, чем в нормальном тазу; лобковый угол в плоскорахитическом тазу тупой. Размеры полости плоскорахитического таза обычные или несколько увеличены. Таким образом, для плоскорахитического таза характерны: 1) уменьшение главного размера — прямого размера входа в таз (истинная конъюгата); 2) деформация всех костей таза (особенно крестца); 3) изменение формы входа: значительное преобладание поперечных размеров, вид почки, карточного сердца; 4) относительное увеличение выхода таза.

У женщин, перенесших рахит, могут быть и другие изменения в костной системе: «квадратная голова», S-образные ключицы, искривление ног, позвоночника, грудины и др. При рахитических деформациях таза меняется форма крестцового ромба; обычно укорачивается вертикальная диагональ (на 2—3 см и больше), надкрестцовая ямка располагается ниже, верхний угол ромба становится тупым. Поперечная диагональ укорачивается меньше, чем вертикальная.

Следует отметить, что выраженные формы плоскорахитического таза и другие изменения в костной системе в настоящее время наблюдаются редко. Встречаются роженицы с маловыраженными признаками плоскорахитического таза. Примерные размеры плоскорахитического таза: *distantia spinarum* — 26 см, *distantia cristarum* — 26 см, *distantia*

trochanterica — 31 см, conjugata externa—17 см, conjugata diagonalis 10 см, conjugata vera — 8 см.

Общесуженный плоский таз. В нем уменьшены все размеры, но прямые размеры укорочены больше всех остальных. Обычно больше других размеров укорочен прямой размер входа. Общесуженный плоский таз возникает обычно при сочетании инфантилизма и рахита, перенесенного в детстве. Этим и объясняются особенности данного таза: он узок вообще и, кроме того, уплощен вследствие наибольшего укорочения прямых размеров. Примерные размеры общесуженного плоского таза: *distantia spinarum* —23—24 см, *distantia cristarum* —24—25 см, *distantia trochanterica* — 27—28 см, *conjugata externa* — 15—16 см, *conjugata diagonalis* — 9 см, *conjugata vera* — 7 см.

Общесуженный плоский таз обычно представляет значительные затруднения для родов. Он встречается значительно реже, чем общеравномерносуженный, поперечносуженный и плоский таз.

Редко встречающиеся формы узкого таза.

Кососмещенный (асимметричный) таз. Возникает после перенесенного в детстве рахита и гонита, вывиха тазобедренного сустава или неправильно сросшегося перелома бедра или костей голени. При указанных заболеваниях и последствиях травм больная наступает на здоровую ногу и туловище находит опору в здоровом тазобедренном суставе. Постепенно область таза, соответствующая здоровому тазобедренному (коленному) суставу, вдавливается внутрь; половина таза на стороне здоровой ноги становится уже. Причиной кососуженного таза может быть сколиоз, при котором тяжесть туловища на конечности распределяется неравномерно, в результате чего вертлужная впадина на здоровой стороне вдавливается и таз деформируется.

Кососмещенный таз (коксальгический, сколиотический) не всегда препятствует течению родов, так как сужение обычно бывает небольшим. Сужение одной стороны компенсируется тем, что другая является сравнительно просторной.

Ассимиляционный («длинный») таз. Характеризуется увеличением высоты крестца вследствие его сращения с V поясничным позвонком («сакрализация», «ассимиляция»). При этом происходит уменьшение прямых размеров полости таза, что может служить препятствием для прохождения головки через родовой канал. Распознавание возможно при рентгенографии.

Воронкообразный таз. Встречается редко; возникновение его связывают с нарушением развития таза на почве эндокринных расстройств. Воронкообразный таз характеризуется сужением выхода таза. Степень сужения возрастает сверху вниз, вследствие чего полость таза приобретает вид воронки, суживающейся к выходу. Крестец удлинен, лобковая дуга узкая, поперечный размер выхода может быть сужен значительно. Роды могут закончиться самостоятельно, если плод некрупный и сужение выхода таза выражено нерезко.

Кифотический таз. Относится к типу воронкообразных. Кифоз позвоночника чаще всего возникает вследствие перенесенного в детстве туберкулезного спондилита, реже рахита. При возникновении горба в нижнем отделе позвоночника центр тяжести туловища смещается кпереди; верхняя часть крестца при этом смещается кзади, истинная конъюгата увеличивается, поперечный размер может оставаться нормальным, вход в таз приобретает продольно-овальную форму. Поперечный размер выхода таза уменьшается вследствие

сближения седалищных бугров; лобковый угол острый, полость таза воронкообразно суживается к выходу. Роды при кифозе нередко протекают нормально, если горб расположен в верхнем отделе позвоночника. Чем ниже расположен горб и чем больше выражена деформация таза, тем хуже прогноз родов.

Спондилолистический таз. Эта редкая форма таза образуется в результате соскальзывания тела V поясничного позвонка с основания крестца. При слабовыраженном соскальзывании V поясничный позвонок лишь немного выступает над краем крестца. При полном соскальзывании нижняя поверхность тела поясничного позвонка закрывает переднюю поверхность I крестцового позвонка и препятствует опусканию подлежащей части в малый таз. Самым узким размером входа является не истинная конъюгата, а расстояние от симфиза до выдающегося в таз V поясничного позвонка. Прогноз родов зависит от степени соскальзывания позвонка и сужения прямого размера входа в таз.

Остеомалятический таз. Эта патология в нашей стране практически не встречается. Остеомаляция характеризуется размягчением костей, обусловленным декальцинацией костной ткани. Таз резко деформирован, при выраженной деформации образуется спавшийся таз. В литературе описана деформация таза, характеризующаяся резким поперечным сужением вследствие недоразвития крыльев крестца («робертовский таз»).

Таз, суженный экзостозами и костными опухолями. Экзостозы и костные опухоли в области таза наблюдаются очень редко. Экзостозы могут располагаться в области симфиза, крестцового мыса и в других местах. Опухоли, исходящие из костей и хрящей (остеосаркомы), могут занимать значительную часть полости таза. При значительных экзостозах, препятствующих продвижению подлежащей части плода, показано кесарево сечение. При наличии опухолей также показано оперативное родоразрешение и последующее специальное лечение.

Классификация узкого таза по степени сужения. О степени сужения таза судят по величине истинной конъюгаты, которая определяется путем вычисления на основании размеров диагональной и наружной конъюгаты.

Различают четыре степени сужения таза.

Первая степень — истинная конъюгата меньше 11 см, но не ниже 9 см. Роды в большинстве случаев заканчиваются самопроизвольно. Однако нередко возникают затруднения (если конъюгата около 9 см).

Вторая степень — истинная конъюгата 9—7,5 см. Роды доношенным плодом возможны, но очень часто возникают затруднения и препятствия, являющиеся показанием к оперативному родоразрешению.

Третья степень — истинная конъюгата 7,5 — 6,5 см. Роды доношенным плодом через естественные родовые пути невозможны. Извлечь плод при помощи акушерских щипцов и экстракции за тазовый конец не удастся. Извлечение плода через естественные пути возможно только посредством плодоразрушающих операций. Извлечь живого ребенка можно только при помощи кесарева сечения.

Четвертая степень — истинная конъюгата ниже 6,5 см. Родоразрешение через естественные родовые пути невозможно даже при помощи плодоразрушающих операций; таз настолько узок, что нельзя извлечь плод даже по частям. Единственным способом

родоразрешения является кесарево сечение. Таз при четвертой степени сужения называют также абсолютно узким тазом.

Данная классификация характеризует степень анатомического сужения таза, а это позволяет в известной мере предвидеть, будет ли данный таз узким в клиническом смысле. При третьей и четвертой степени сужения анатомически узкий таз будет всегда узким и в клиническом отношении, так как роды живым доношенным плодом через естественные родовые пути невозможны. Поэтому, если женщина не дает согласия на оперативное родоразрешение, показан аборт в ранние сроки беременности. Если женщина выражает желание иметь ребенка, производят кесарево сечение в конце беременности или в начале родов.

При первой степени сужения анатомически узкий таз в клиническом (функциональном) отношении может быть узким или достаточным для прохождения плода, что зависит от его величины, конфигурации головки, активности родовых сил и др. При второй степени сужения анатомически узкий таз чаще бывает и клинически узким.

РАСПОЗНАВАНИЕ УЗКОГО ТАЗА

Современное распознавание узкого таза способствует предотвращению осложнений, которые нередко возникают во время родов, а иногда и в конце беременности. При резком сужении таза женщине вовремя предлагают сделать аборт или предупреждают ее о необходимости родоразрешения путем 1 — нормальный таз; 2 — плоскорахитический таз; 3 — общеравномерносуженный таз; 4 — кососуженный таз.

кесарева сечения. Беременных с узким тазом направляют за 2—3 нед до родов в стационар.

Диагноз узкого таза устанавливается на основании ознакомления с анамнезом, осмотра тела, измерения таза, влагалищного исследования. При необходимости применяют рентгенологическое или ультразвуковое исследование таза.

Из анамнестических данных особенно важны указания на инфантилизм, рахит (поздно стала ходить, поздно прорезались зубы и др.), туберкулез костей и суставов, переломы костей таза, нижних конечностей и др. Большое значение имеют инфекционные заболевания, перенесенные в детском возрасте и в периоде полового созревания. Они способствуют задержке развития организма, возникновению инфантилизма и узкого таза. У повторнородящих очень важен для оценки таза акушерский анамнез. Если у женщины с узким тазом в прошлом были нормальные роды, можно надеяться, что при настоящих родах таз не будет препятствовать изгнанию плода. Однако у рожавших женщин следует узнать массу тела новорожденных. Если она была средней и выше, можно предположить, что предстоящие роды будут протекать нормально. Неблагоприятный акушерский анамнез (в прошлом тяжелые роды, акушерские операции, мертворождение и др.) позволит констатировать наличие не только анатомически, но и функционально (клинически) узкого таза.

В диагностике узкого таза большое значение имеет объективное исследование. При осмотре тела выявляются признаки узкого таза. Небольшой рост нередко свидетельствует о сужении таза. При росте 145 см и ниже таз обычно бывает узким. Во время осмотра важно обратить внимание на признаки инфантилизма (недоразвитие вторичных половых признаков и др.), вирилизации (гипертрихоз, рост волос по мужскому типу и др.), рахита (искривление позвоночника, грудины, ног и др.); выясняют, нет ли анкилоза

тазобедренного, коленного и других суставов, укорочения ноги после перелома, нарушения походки. Следует подчеркнуть, что важны не только выраженные, но особенно часто встречающиеся стертые признаки инфантилизма, рахита и других нарушений.

Для распознавания узкого таза имеет значение оценка формы крестцового ромба. При нормальном тазе ромб имеет правильную форму; при плоскорохитическом тазе верхняя половина ромба меньше нижней; при значительной рахитической деформации таза область ромба имеет почти треугольную форму. В общеравномерносуженном тазе ромб вытянут в длину; верхний и нижний углы острые, боковые — тупые, при поперечносуженном тазе отмечается уменьшение поперечного размера.

Во время осмотра обращают внимание на толщину костей. С этой целью определяют так называемый лучезапястный индекс. По величине окружности лучезапястного сустава можно судить о толщине костей таза. Чем больше объем запястья, тем толще кости, в том числе кости таза; в таком случае при нормальных наружных размерах таза емкость его будет меньше. Наоборот, при малом лучезапястном индексе емкость таза будет больше, чем следовало бы ожидать на основании определения наружных размеров. Окружность руки в области лучезапястного сустава колеблется от 14 до 18 см. Если индекс соответствует нижней границе, кости таза массивные.

Имеет значение общая оценка костной системы. У стройных женщин емкость таза достаточная (при некотором его сужении) и прогноз родов у них благоприятнее, чем у женщин с массивными костями.

При выраженном сужении таза изменяется форма живота беременной. Головка плода в конце беременности не может встаться во вход таза (вследствие узости его) и стоит высоко над входом до начала родов. Поэтому дно матки в конце беременности не опускается. Растущая матка не уместается в брюшной полости (которая при небольшом росте укорочена) и отклоняется от подреберья вверх и кпереди. У первородящих с упругой брюшной стенкой образуется остроконечный живот, у многорожавших — отвислый.

Диагностическое значение имеет измерение таза. Размеры большого таза дают представление об объеме малого таза. Следует учитывать, что размер наружной конъюгаты не всегда точно отражает величину истинной конъюгаты в связи с разной толщиной костей таза. При одинаковой наружной конъюгате величина истинной может колебаться в пределах 2—4 см. Несмотря на это, измерение наружных размеров таза относится к основным методам диагностики узкого таза.

Более точно о степени сужения таза можно судить по диагональной конъюгате. Поэтому измерение диагональной конъюгаты у всех беременных и рожениц является обязательным. Для этого производят влагалищное исследование, во время которого выясняют, нет ли уплощения крестца и других деформаций таза, приблизительно определяют его емкость, прощупывают мыс и, если он достигается пальцем, измеряют диагональную конъюгату. При внутреннем исследовании выясняют, нет ли добавочного (ложного) мыса, экзостозов, соскальзывания V поясничного позвонка, деформаций, присущих рахиту.

Если возникают подозрения на сужение выхода таза, измеряют его прямой и поперечный размер. При подозрении на асимметрию таза (сколиоз, анкилозы, укорочение ноги) измеряют косые размеры таза (расстояние от правой передневерхней ости до задневерхней ости левой стороны, и наоборот) и боковые конъюгаты (расстояние между

передней и задней остью той же стороны). При нормальном тазе (латеральные конъюгаты равны 15 см и больше) косые размеры одинаковы; при кососмещенном и ко-суженном тазе эти размеры отличаются от нормальных на 2 см и больше. Для прогноза родов важно знать не только размеры таза, но также величину внутриутробного плода. С этой целью тазомером измеряют через брюшную стенку длину плода и лобно-затылочные размеры головки.

В диагностике узкого таза важное значение имеют ультразвуковое и рентгенологическое исследование. Эти методы позволяют определить размеры таза, форму входа в таз, строение крестца, формы сужения таза, измерить величину головки плода. Особую ценность приобретают эти методы исследования во время родов, когда возникает необходимость определить соответствие размеров таза и головки плода.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Первая половина беременности при узком тазе протекает без особенностей, во второй половине нередко наблюдаются поздние токсикозы. Возникновение их связано не с самим узким тазом, а с последствиями заболеваний и особенностей развития, послуживших причиной нарушений в костной системе и других органах.

Головка в конце беременности в узкий вход таза не вставляется, дно матки стоит высоко, оттесняя вверх диафрагму. В связи с этим у беременных нередко возникают одышка, учащенное сердцебиение, утомляемость. Отсутствие фиксации головки во входе в таз способствует повышенной подвижности плода. В связи с этим тазовые предлежания, поперечные и косые положения плода наблюдаются при узком тазе гораздо чаще, чем при нормальном. Подвижность головки способствует возникновению разгибательных предлежаний. Переднеголовное, лобное, лицевое предлежания при узком тазе встречаются чаще, чем при нормальном. Отмечается асинклитическое вставление головки, чему способствует также отвисание живота.

При подвижной головке пояс соприкосновения отсутствует, передние и задние воды не разграничены, они устремляются к нижнему полюсу плодного яйца. Поэтому при узком тазе нередко наблюдается преждевременное излитие вод (до начала родовой деятельности).

Беременные с узким тазом находятся на специальном учете консультации, за ними тщательно наблюдают. Необходимо своевременное выявление ранних признаков токсикоза, аномалий положений плода и других осложнений. Важно уточнить срок родов, чтобы предупредить перенашивание беременности, которое при узком тазе особенно неблагоприятно. Во второй половине беременности рекомендуется ношение бандажа. За 2—3 нед до родов беременную направляют в родильный дом, чтобы предупредить возникновение осложнений в конце беременности и во время родов. При наличии токсикоза и других осложнений женщину направляют в родильный дом независимо от срока беременности.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

При третьей и четвертой степени сужения таза роды живым доношенным плодом невозможны. Без своевременного хирургического вмешательства беременная и плод погибают вследствие разрыва матки, септической инфекции или других осложнений. При первой и второй степени сужения исход родов в значительной мере зависит от величины головки плода, характера предлежания и вставления, способности головки к

конфигурации, интенсивности родовой деятельности. При благополучных сочетаниях указанных условий роды протекают нормально, особенно при первой степени сужения таза. При первой степени сужения роды у большинства женщин заканчиваются самопроизвольно, особенно у молодых первородящих, у которых обычно бывает хорошая родовая деятельность (неповрежденный нервно-мышечный аппарат матки). Если объем головки плода не соответствует размерам таза, имеются неправильное положение и предлежание, в родах возникают серьезные осложнения, угрожающие состоянию роженицы и плода. Осложнения при второй степени сужения встречаются значительно чаще, чем при первой..

При узком тазе нередко наблюдается раннее излитие околоплодных вод вследствие высокого стояния головки и отсутствия разграничения вод на передние и задние. В момент излития вод может выпасть во влагалище пуповина или ручка плода. Если не оказывается своевременная помощь, пуповина прижимается головкой к стенке таза и плод погибает от асфиксии. Выпавшая ручка уменьшает и без того малый объем узкого таза, создавая дополнительное препятствие для изгнания плода.

Преждевременное и раннее излитие вод обычно замедляет процесс раскрытия шейки матки. Схватки бывают болезненными, первый период — затяжным («сухие роды»). При длительном безводном промежутке микробы из влагалища проникают в полость матки и могут вызвать эндометрит в родах (хориоамнионит), плацентит, инфицирование плода. У женщины повышается температура тела, учащается пульс, из влагалища появляются мутные выделения с запахом. У плода отмечаются признаки гипоксии и других расстройств.

При узком тазе нередко наблюдаются аномалии родовой сил. У женщин с инфантилизмом, перенесших в прошлом тяжелые роды и послеродовые заболевания, бывает слабость родовой сил: схватки слабые и редкие с самого начала родов (первичная слабость родовой сил) или вначале хорошая родовая деятельность в дальнейшем ослабевает (вторичная слабость родовой сил). Роды приобретают затяжной характер, роженица утомляется, нарушаются функции нервной, сердечно-сосудистой и других систем, обмен веществ и др., у плода нередко возникают признаки гипоксии (асфиксии).

При узком тазе наибольшие затруднения возникают в периоде изгнания. Головка долго находится над входом в малый таз; вначале она бывает подвижной, затем прижимается ко входу и постепенно вставляется малым сегментом, если нет несоответствия между ее объемом и размером таза. Под влиянием усиленной родовой деятельности головка, фиксированная во входе в таз, подвергается значительной конфигурации; при этом происходит приспособление головки к данной форме узкого таза, что способствует ее прохождению через родовые пути.

Период изгнания обычно затяжной; для изгнания плода через узкое кольцо таза требуется большая сила схваток и потуг. При значительном препятствии к изгнанию могут возникнуть бурная родовая деятельность и перерастяжение нижнего сегмента матки. Если имеется несоответствие между головкой и тазом, возможен разрыв матки. У некоторых рожениц после бурной родовой деятельности наступает вторичная слабость родовой сил, потуги ослабевают или прекращаются и плод может погибнуть от асфиксии; развивается эндометрит в родах, а впоследствии могут возникнуть тяжелые септические заболевания.

При затруднениях в периоде изгнания могут возникнуть и другие осложнения, угрожающие роженице и плоду. При длительном стоянии головки во входе или в полости таза происходит сдавливание мягких тканей родовых путей между костями таза и

головкой плода. Кроме шейки мазки и влагалища, сдавливаются мочевой пузырь и уретра спереди, прямая кишка сзади. Прижатие мягких тканей ведет к нарушению в них кровообращения: возникают цианоз и отек шейки матки, стенки мочевого пузыря, а в дальнейшем влагалища и наружных половых органов. В связи с прижатием уретры и мочевого пузыря прекращается мочеиспускание. В результате продолжительного нарушения кровообращения наступает омертвление тканей. Омертвевшие участки на 5 — 7-й день после родов отторгаются и образуются мочеполовые свищи или прямокишечно-влагалищный свищ. Ущемлению шейки матки способствует раннее излитие вод (при неполном раскрытии) и длительное прижатие передней и задней губ к симфизу и крестцовому мысу (при плоском тазе); при общеравномерносуженном тазе ущемление шейки матки может быть циркулярным. Отек шейки матки и затруднение мочеиспускания являются симптомами значительного сдавления тканей. Примесь крови к моче — угрожающий признак, указывающий на возможность образования свища! Появление кровянистых выделений (даже умеренных) из половых путей, частые и болезненные схватки, истончение и болезненность нижнего сегмента матки говорят об угрозе разрыва ее. При затяжном и затрудненном периоде изгнания возможно сдавление нервов с последующим возникновением пареза мышц ноги. Если прохождение головки через таз связано со значительными трудностями, иногда возникает повреждение лобкового симфиза; у родильниц появляются боли при движении ногами, нарушается походка. Пальпация симфиза причиняет боль, в этой области прощупывается щель. Такие же симптомы иногда возникают во время беременности в связи с чрезмерным размягчением хряща и связок лобкового симфиза в связи с нарушением обмена веществ.

При узком тазе часто возникают осложнения, угрожающие плоду. Продолжительные роды и часто наблюдающиеся аномалии родовых сил могут вызвать нарушение маточно-плацентарного кровообращения и асфиксию плода. В связи с асфиксией возникают кровоизлияния в мозг и другие органы плода. Кровоизлияния в мозг усиливаются при резком сдавлении головки и чрезмерном смещении костей черепа в области швов. Разрыв сосудов может привести к кровоизлияниям под надкостницу одной или обеих теменных костей — кефалогематоме. Обычно образуется большая родовая опухоль, иногда вдавление и трещины костей черепа. При выведении плечевого пояса может произойти перелом ключицы или ручки.

Мертворождаемость, ранняя детская смертность и число послеродовых заболеваний при узком тазе значительно выше, чем при нормальном. Необходимо отметить, что указанные осложнения при узком тазе во многих случаях отсутствуют или бывают нерезко выражены. Если между головкой и тазом нет несоответствия или оно незначительно, роды заканчиваются самопроизвольно. Самостоятельному родоразрешению способствует особый для разных форм узкого таза механизм родов. Путем последовательных поступательно-вращательных движений конфигурированная головка приспособляется к данной форме узкого таза и проходит через вход, полость и выход таза.

Механизм родов при узком тазе отличается от механизма родов, типичного для нормального таза. Механизм родов при разных формах узкого таза имеет характерные особенности, свойственные данной форме сужения.

Механизм родов при общеравномерносуженном тазе. Головка плода встречает со всех сторон одинаковое сопротивление. Оно преодолевается тем, что головка очень сильно сгибается и вступает в таз наименьшим размером, определяемым от темени до подзатылочной ямки. Этот размер меньше малого косого размера, которым головка вставляется при нормальном механизме родов.

Первая особенность механизма родов при общеравномерносуженном тазе — сильное (максимальное) сгибание головки; малый родничок при этом приближается к геометрическому центру таза (располагается на осевой линии таза). Чем уже таз, тем больше сгибается головка и тем ближе к центру таза перемещается малый родничок. Максимальное сгибание головки происходит при переходе головки из широкой части полости таза в узкую и представляет собой важный момент приспособления предлежащей части к родовым путям.

Вторая особенность заключается в том, что сагиттальный шов опускающейся в таз головки всегда располагается в одном из косых размеров входа. При этом большой поперечный размер головки проходит через косой размер таза, который больше прямого. Сильно согнутая головка постепенно опускается в полость таза и в дальнейшем совершает такие же движения, какие происходят при нормальном механизме родов: внутренний поворот, разгибание, наружный поворот. Разница заключается лишь в том, что все повороты происходят значительно медленнее, с большей затратой сил роженицы.

Проходя через выход таза, область подзатылочной ямки не может подойти к симфизу вплотную ввиду узости лобкового угла. Поэтому головка устремляется в сторону промежности в большей степени, чем при нормальном тазе; ткани промежности сильнее растягиваются и, если не оказывается помощь, происходит глубокий разрыв промежности. Головка родившегося плода вытянута в сторону затылка (выраженная долихоцефалическая конфигурация), в области малого родничка образуется родовая опухоль.

Период изгнания осложняется при крупном плоде, недостаточной способности головки к конфигурации (переношенная беременность) и слабости родовых сил. Особенно неблагоприятно возникновение разгибательных предлежаний, при которых головка плотно вколачивается в таз и продвижение ее может прекратиться. При указанных осложнениях анатомически узкий таз становится узким и в функциональном отношении, возникают показания к окончанию родов оперативным путем. В случаях тазового предлежания нередко наступают осложнения при выведении последующей головки, конфигурации которой не происходит. При ручном пособии нередко происходит запрокидывание ручек и разгибание головки.

Механизм родов при поперечносуженном тазе. При отсутствии значительного уменьшения поперечных размеров таза и соответствия между ними и величиной головки плода механизм родов не отличается от такового при нормальном тазе. При сочетании уменьшения поперечных размеров таза с увеличением истинной конъюгаты нередко образуется высокое прямое стояние головки. Если затылок обращен к симфизу, головка некрупная, родовая деятельность хорошая, то головка сильно сгибается, проходит в согнутом состоянии (сагиттальный шов в прямом размере) через все плоскости таза и рождается как при переднем виде затылочного предлежания. Если затылок обращен кзади, поворот согнутой головки на 180° может произойти в полости таза (при небольшой головке и энергичной родовой деятельности) и она прорезывается в переднем или заднем виде. При высоком прямом стоянии головки (особенно заднем виде) нередко возникают осложнения, являющиеся показанием к кесареву сечению.

Механизм родов при плоскорохитическом тазе. Прямой размер входа в таз уменьшен. Связанные с этим затруднения преодолеваются в результате следующих особенностей механизма родов, имеющих приспособительный характер.

Первая особенность — продолжительное высокое стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере таза. Вследствие сужения входа головка может находиться в таком положении несколько часов даже при хорошей родовой деятельности.

Вторая особенность — небольшое разгибание головки, в результате которого большой родничок располагается ниже малого. При таком разгибании через наименьший размер — истинную конъюгату — головка будет проходить малым поперечным размером (8,5 см). Большой поперечный размер (9,5 см) отклоняется в сторону, где больше пространства. Головка в таком состоянии приспособляется ко входу и потому, что размер слегка разогнутой головки (12 см) меньше поперечного размера входа (13 — 13,5 см).

Третья особенность — асинклитическое вставление головки. Обычно наблюдается передний асинклитизм (переднетеменное вставление головки); при этом задняя теменная кость упирается в выступающий кпереди мыс и задерживается на этом месте, а передняя теменная кость постепенно опускается в полость таза. Сагиттальный шов располагается ближе к мысу. В таком положении (сагиттальный шов в поперечном размере таза — ближе к мысу, большой родничок ниже малого) головка стоит во входе в таз до тех пор, пока не произойдет достаточно сильная конфигурация. После этого задняя теменная кость соскальзывает с мыса, асинклитизм исчезает, головка сгибается. В дальнейшем механизм родов такой же, как при переднем виде затылочного предлежания (внутренний поворот, разгибание, наружный поворот головки). Реже наблюдается задний асинклитизм (заднетеменное вставление головки), характеризующийся более глубоким вставлением задне-теменной кости; иногда наблюдается вдавление вследствие длительного прижатия к мысу.

Механизм родов при простом плоском тазе. Головка вступает во вход так же, как при плоскорохитическом тазе. В дальнейшем она опускается в полость таза и рождается по типу затылочного предлежания. Однако нередко внутренний поворот головки не происходит потому, что прямые размеры полости и выхода таза уменьшены так же, как прямой размер входа в таз. Головка достигает полости таза, иногда даже достигает его дна, а сагиттальный шов находится в поперечном размере таза. Эта особенность механизма родов называется низким поперечным стоянием головки. В некоторых случаях головка на дне таза поворачивается затылком кпереди и рождается самостоятельно. Если поворота не произойдет, возникают осложнения (вторичная слабость родových сил, асфиксия плода и др.), являющиеся показанием к оперативному родоразрешению.

Механизм родов при общесуженном плоском тазе. Роды протекают по типу родов при общеравномерносуженном или плоском тазе. Это зависит от преобладания основных черт того или иного таза. Необходимо отметить, что течение родов при общесуженном плоском тазе, как правило, тяжелое. Часто наблюдается резко выраженный патологический асинклитизм. Наблюдается не только переднетеменное, но также неблагоприятное заднетеменное вставление.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Ведение родов при узком тазе представляет собой ответственную и сложную задачу. Это связано с тем, что при анатомически узком тазе роды могут быть: а) нормальными; б) затрудненными, но заканчивающимися благополучно при оказании правильной помощи; в) очень тяжелыми, с осложнениями, опасными для роженицы и плода. В таких случаях обычно возникает необходимость оперативного родоразрешения. При значительном сужении таза, а также дополнительных осложнениях (переношенная беременность, аномалии положения плода и др.) вопрос об оперативном родоразрешении возникает до

начала родовой деятельности. Поэтому тактика ведения родов определяется индивидуально, с учетом всех данных тщательного объективного исследования и прогноза для роженицы и плода.

Тактика ведения родов при узком тазе обсуждается акушерами с давних времен, а принципы терапии узкого таза менялись в соответствии с развитием медицинской науки. В настоящее время в большинстве акушерских учреждений при ведении родов у женщин с узким тазом придерживаются следующих правил.

Необходимым условием благополучного проведения родов являются своевременная диагностика узкого таза и направление беременной за 2 недели до родов в родильный дом, где обеспечивается оказание квалифицированной помощи при осложнениях, возникающих нередко у рожениц с узким тазом. В родильном доме беременную тщательно обследуют; на основании всех данных анамнеза и объективного исследования намечают план ведения родов.

Наиболее просто решается вопрос при третьей степени сужения таза, когда роды живым плодом через естественные родовые пути невозможны и показано кесарево сечение. Эта операция является единственным методом родоразрешения и при четвертой степени сужения таза (практически она не встречается).

При первой и второй степени сужения таза роды ведут выжидательно, тщательно наблюдая за их динамикой, состоянием роженицы и плода. Хирургическое вмешательство применяют при возникновении осложнений, угрожающих роженице и плоду. Сторонники такой тактики считают, что исход их зависит не только от размеров таза, но также от интенсивности схваток и потуг, величины плода, способности головки к конфигурации и др. Только во время родов решается вопрос о том, будет ли данный анатомически узкий таз в функциональном отношении узким или нормальным. При второй степени сужения таз обычно бывает клинически узким, если плод доношен и размеры его обычные.

Показания к хирургическому вмешательству возникают при появлении признаков несоответствия между размерами таза и головки и наличии сопутствующих осложнений.

Кесарево сечение в начале родов (или в конце беременности) показано при переношенном или крупном плоде у первородящей старше 30 лет, при сочетании узкого таза с предлежанием плаценты, аномалиями положения и предлежания плода и других осложнениях, опасных для роженицы и плода. К этой группе относятся беременные с узким тазом, у которых в прошлом производилось кесарево сечение и полноценность рубца в матке является сомнительной (опасность разрыва матки).

Если указанныеотягощающие обстоятельства отсутствуют, ведение родов выжидательное. Роженицу тщательно обследуют. Выясняют общий и акушерский анамнез, проводят общий осмотр, исследование внутренних органов, нервной, сердечно-сосудистой и других систем, изучают строение и размеры таза (осмотр, измерение, ощупывание, по показаниям — пельвиметрия). Влагалищное исследование производят при поступлении в родильный дом, в дальнейшем — если необходимо выяснить механизм родов и динамику родового акта. Применяют меры профилактики осложнений, которые нередко возникают при узком тазе.

Для предупреждения раннего излития вод роженице не разрешают вставать, рекомендуют лежать на том боку, к которому обращены спинка и затылок плода. Подобное положение способствует опусканию затылка и сохранению вод. После излития вод влагалищное

исследование производят повторно, чтобы выяснить, не произошло ли выпадения пуповины или ручки.

Роды при узком тазе нередко приобретают затяжное течение, роженица утомляется, сопротивляемость организма снижается. Поэтому необходимо давать роженице питательную и легкоусвояемую пищу, богатую витаминами. Важно также соблюдать все правила личной гигиены, систематически проводить туалет наружных половых органов.

Нужно внимательно следить за характером выделений из половых путей (слизистые, кровянистые, гнойные), наружных половых органов (отечность, цианоз), состоянием мочевыводящих путей. При задержке мочеиспускания следует производить катетеризацию с соблюдением всех правил асептики.

Нередко наблюдается слабость родовых сил, особенно у женщин инфантильных, у которых в прошлом были осложненные роды и послеродовые заболевания. Слабость родовых сил нередко бывает с самого начала родов или возникает после удовлетворительной (или хорошей) родовой деятельности. Если роженица утомлена, ей предоставляют отдых, для этого вводят промедол, виагрил или другие средства, чтобы обеспечить покой и сон. Имеются сведения об успешном применении электроаналгезии. Под влиянием указанных средств роженица на некоторое время засыпает, а после отдыха обычно усиливается родовая деятельность. При продолжающейся слабости родовых сил назначают средства, усиливающие сократительную деятельность матки. При узком тазе их применяют осторожно, чтобы не вызвать чрезмерной активности схваток и потуг; это может привести к разрыву матки, если продвижение головки затруднено.

Если в периоде изгнания возникает бурная родовая деятельность, отмечается истончение и перерастяжение нижнего сегмента матки, высокое стояние пограничного кольца, применяют глубокий наркоз, иначе может наступить разрыв матки. Под влиянием наркоза судорожная родовая деятельность прекращается, угроза разрыва матки устраняется и роды заканчиваются оперативным путем.

Внимательно наблюдают за продвижением предлежащей части: находится ли она над входом в таз или постепенно опускается в полость таза. При этом удается получить представление о соответствии или несоответствии между размерами таза и головки. О соответствии таза и головки, кроме обычных методов исследования предлежащей части, позволяют судить признаки Цангемейстера, Вастена и др.

Цангемейстер предложил определять наличие и степень возвышения передней поверхности головки над симфизом путем измерения. Измерение производят тазомером в положении роженицы на боку. Вначале измеряют наружную конъюгату: затем переднюю пуговку тазомера перемещают с симфиза на выходящий пункт передней поверхности головки (задняя пуговка остается на месте). При соответствии размеров головки 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 наличии нерезкого несоответствия; прогноз родов сомнительный.

Признак Вастена определяется после отхождения вод и фиксации головки во входе в таз. Ладонь исследующего располагается на поверхности симфиза и скользит кверху, на область предлежащей головки. Если передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза, значит имеется несоответствие между тазом и головкой (признак Вастена положительный) и роды самостоятельно закончиться не могут. При явном

несоответствии размеров таза и головки показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения (при мертвом плоде — краниотомия или другие плодоразрушающие операции).

При незначительном несоответствии передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом (признак Вастена вровень). В таких случаях исход родов может быть двояким: если родовая деятельность энергичная и головка хорошо конфигурируется, роды заканчиваются самопроизвольно; при слабой родовой деятельности, крупной и плотной головке, аномалиях положения и вставления роды самопроизвольно закончиться не могут. При полном соответствии между тазом и головкой передняя поверхность головки находится ниже плоскости симфиза (признак Вастена отрицательный); роды обычно заканчиваются самопроизвольно. В современных условиях используются более информативные методы определения соответствия (несоответствия) размеров таза и головки плода: рентгенография, ультразвуковое исследование. Если возникает вторичная слабость родовых сил, признаки асфиксии плода или другие осложнения, то при головке, стоящей в полости или выходе таза, роды заканчиваются наложением акушерских щипцов. В случаях незначительного несоответствия роды обычно ведут выжидательно. При нормальной родовой деятельности, правильном механизме родов и отсутствии каких-либо осложнений роды представляют самопроизвольному течению. Если признаки несоответствия при хорошей родовой деятельности и отошедших водах не исчезают в течение 3—4 ч. следует закончить роды оперативным путем.

При несоответствии размеров таза и головки опасными признаками являются длительное стояние головки в одной плоскости, отечность шейки матки и наружных половых органов, задержка мочи и появление в ней примеси крови, растяжение нижнего сегмента матки, повышение температуры и учащение пульса. При наличии этих признаков следует немедленно закончить роды. В случае отсутствия условий для родоразрешения через естественные родовые пути производят кесарево сечение; при мертвом плоде и наличии признаков инфекции показаны шюдоразрушающие операции.

У женщин с узким тазом при ведении родов необходимо особенно внимательно следить за сердцебиением плода. Кроме аускультации (через каждые 15 мин, во втором периоде — после каждой потуги), применяют электрокардиографию, фонокардиографию, выслушивание сердечных тонов при помощи ультразвукового устройства. В крупных учреждениях роды ведут под мониторным контролем. При преждевременном и раннем излитии вод, слабости родовых сил, затяжном течении родов и других осложнениях применяют меры для профилактики асфиксии плода. Наличие признаков асфиксии (изменение частоты, ритма и ясности сердечных тонов, отхождение мекония при головном предлежании, усиление двигательной активности плода) говорит о необходимости борьбы с асфиксией (ингаляция кислорода, введение глюкозы, аскорбиновой кислоты, кордиамина и др.) и ускорения родов (наложение акушерских щипцов, кесарево сечение и др.).

При узком тазе возможны затруднения во время рождения не только головки, но и плечевого пояса. Плод нередко рождается в состоянии асфиксии, поэтому необходимо заблаговременно приготовить все необходимое для его оживления. У родившегося плода отмечают значительную конфигурацию головки, большая родовая опухоль; иногда бывают кефалогематомы, кровоизлияния в мозг, переломы ключицы и других костей, повреждения нервов и других тканей.

Асфиксия, родовые травмы и осложнения, угрожающие здоровью роженицы, возникают в случае отсутствия полного соответствия между головкой и тазом. При анатомически

узком, но функционально полноценном тазе роды протекают обычно и исход их для роженицы и плода благоприятен.

Ведение родов при узком тазе требует большой выдержки и высокой квалификации врача; огромное значение имеют уход, чуткое отношение к роженице, благоприятное воздействие на ее психику. Необходимо вовремя выявить осложнения родов и своевременно принять меры к их устранению.

В настоящее время чаще, чем в прежние годы, производят кесарево сечение, чтобы предотвратить неблагоприятные последствия для матери и ребенка тех осложнений, которые нередко сопутствуют родам при узком тазе.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство, Ростов-на-Дону: «ФЕНИКС», 2007

Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство, М.: «Медицина», 1986

Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство, Курск: АП "Курск", 1995.

Жордания И.В. Акушерство, М., 1961

Серов В.Н., Стрижаков М.М., Маркин С.А. «Практическое акушерство» М., 1989

Айламазян Э.К. Акушерство, М.: «Специальная литература», 2005

Савельева Г.М. и др. Акушерство, М., 2000