Рецензия

На реферат по дисциплине « Акушерство и гинекология» клинического ординатора Яблончук Д.А. на тему: «Анатомически и клинически узкий таз. Диагностика. Особенности течения беременности и ведения родов».

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. 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.

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.

Е.В. Шапошникова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат на тему: Узкий таз. Диагностика. Особенности течения
беременности и ведения родов

Выполнила: ординатор 1-го года
кафедры акушерства и гинекологии ИПО
Яблончук Д.А.

Красноярск 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Актуальность.....	3
Этиология и патогенез.....	3
Классификация.....	4
Диагностика.....	7
Характеристика часто встречающихся форм таза.....	10
Особенности биомеханизма родов при часто встречающихся формах анатомически узкого таза.....	12
Особенности вынашивания беременности при анатомически узких тазах....	13
Ведение родов при узких тазах.....	13
Методы родоразрешения при различных степенях сужения.....	14
Клинически узкий таз. Причины возникновения.....	17
Классификация клинически узкого таза.....	18
Тактика ведения.....	19
Список использованной литературы.....	20

Актуальность

Несмотря на значительное снижение частоты грубо деформированных тазов и резких степеней его сужения, проблема узкого таза не потеряла своей актуальности. Интерес к этой проблеме диктуется процессом акселерации, увеличением весо-ростовых показателей населения, возрастанием смешанных форм узкого таза, который выявляются лишь при тщательной оценке внутренней поверхности таза и при специальных методах исследования (рентгенопельвиометрия, МРТ), а так же увеличением массы тела новорожденных.

Роды при узком тазе характеризуются высокой частотой несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, преждевременной отслойки плаценты, кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периодах, тяжелым родовым травматизмом матери и плода, высокими показателями оперативного родоразрешения, а также послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.

Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относится к наиболее трудным разделам практического акушерства.

Этиология и патогенез

Причины происхождения узких тазов многочисленны. В детском возрасте основной причиной является недостаточное питание, детский церебральный паралич, полиомиелит и др. К деформациям таза приводят заболевания или повреждения костей и соединений таза при рахите, остеомалации, переломах, опухолях, туберкулезе, при врожденных аномалиях таза и пр.

Большое значение имеют деформации позвоночника: кифоз, сколиоз, спондилолистез, деформация копчика. Сужение таза может быть обусловлено заболеваниями или деформациями нижних конечностей (заболевания и вывих тазобедренных суставов, атрофия и отсутствие ноги и др.). Важную роль в развитии деформации таза играют последствия автомобильных катастроф, землетрясений и др.

В период полового созревания эстрогены и андрогены играют важную роль в формировании таза. Эстрогены стимулируют рост таза в поперечных размерах и его созревание (окостенение), андрогены — рост скелета и таза в длину. Так, при врожденном аденогенитальном синдроме наблюдается андроидный (мужской) тип таза. Следует учитывать и факторы акселерации, приводящие к быстрому росту тела в длину в период полового созревания, при которых увеличение поперечных размеров происходит замедленно и может быть одним из факторов формирования поперечносуженного таза.

Самая главная причина – это гормональные нарушения в период полового созревания, а именно, нарушение функции гипоталамо-гипофизарной системы, при которой изменяется соотношение уровня эстрогенов (гипоэстрогения) и андрогенов (гиперандрогения) в организме девочки-подростка.

Кроме того, известно, что в современных условиях развития девушек, значительные психоэмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации, прием гормонов с целью блокирования менструации при усиленных занятиях спортом (спортивной гимнастикой, фигурным катанием и др.) вызывают "компенсаторную гиперфункцию организма", что в конечном итоге приводит к формированию поперечносуженного таза (напоминающего мужской).

Профилактика развития анатомически узких тазов сводится к осуществлению мероприятий в детском и школьном возрасте: рациональный режим питания, отдыха, умеренная физическая нагрузка, занятия физкультурой, обеспечивающие гармоническое развитие женского организма и правильное формирование костного таза. Необходимо своевременное распознавание и лечение различных гормональных нарушений, которые оказывают влияние на формирование костного таза.

Классификация

Таз считается анатомически узким, если хотя бы один из его размеров уменьшен по сравнению с нормой на 1,5-2,0 см

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

Классификация по форме сужения:

1. Сравнительно часто встречающиеся формы узкого таза:

- общеравномерносуженный (8,5%),
- попереченосуженный таз (45,2%),
- плоский таз:
 - 1) простой плоский таз – Девентеровский (13,6%),
 - 2) плоскоррахитический (6,5%)
 - 3) таз с уменьшением прямого размера широкой части полости (21,8%)

2. Редко встречающиеся формы узкого таза:

- кососмещенный и кососуженный,
- таз, суженный экзостозами, костными опухолями, вследствие переломов таза со смещением,
 - др. формы таза: ассимиляционный, воронкообразный, кифотический, остеомалатический, спондилитический
- таз, суженный за счет опухолей яичников, матки, расположенных в полости малого таза частично или полностью.

Классификация анатомически узких тазов по степени сужения таза А.Ф. Пальмова (основанная на размерах истинной конъюгаты):

I степень сужения — истинная конъюгата 10,5-9,1 см.

II степень — истинная конъюгата 9,0-7,6 см.

III степень — истинная конъюгата 7,5-6,6 см.

IV степень — истинная конъюгата меньше 6,5 см

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

Классификация степени сужения поперечно-суженного таза

I степень сужения — поперечный размер входа 12,5-11,5 см.

II степень — поперечный размер входа 11,4-10,5 см.

III степень — поперечный размер входа менее 10,5 см.

За рубежом широко используется классификация, учитывающая особенности строения таза:

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

Андроидный таз. Форма входа приближается к треугольной, позадилонный угол узкий, так как передний сегмент узок. Задний сегмент плоский, широкий, большая седалищная выемка узкая, стенки таза сходящиеся, межкостный и битуберозный диаметры короткие, лонная дуга узкая.

Антропоидный таз. Форма входа продольно-овальная, прямые диаметры таза удлинены, поперечные диаметры укорочены, стенки таза прямые, наклон и кривизна крестца средние, большая седалищная выемка средней величины, лонная дуга несколько сужена.

Платипеллоидный таз. Форма входа поперечно-овальная, позадилонный угол широкий, хорошо закругленный, задний сегмент плоский широкий, большая седалищная выемка узкая, стенки таза прямые, длинные поперечные и укороченные прямые диаметры таза, наклон и кривизна крестца средние.

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

Диагностика

Диагностика узкого таза проводится на основании данных анамнеза, объективного исследования (наружная пельвиметрия, влагалищное исследование) и, при наличии возможностей, данных специальных методов исследования (рентгенопельвиметрия, ультразвук, компьютерная томографическая пельвиметрия, магнитный резонанс).

Диагностика анатомически узкого таза.

Женская консультация. Изучение факторов, предрасполагающих к формированию узкого таза (недостаточное питание в детстве, тяжелый труд в детстве, перенесенный рахит, полиомиелит, туберкулез костей, гормональные нарушения, наследственные факторы, занятия спортивной гимнастикой, фигурным катанием, травмы таза и др.). Проводится общее клиническое обследование.

Необходимы антропометрические данные (рост, вес, телосложение и др.); акушерское обследование (форма живота, высота дна матки, окружность живота, определение предполагаемой массы плода, положение и предлежание плода, величина индекса Соловьева и др.);

наружная пельвиметрия (размеры *d. spinarum*, *d. cristarum*, *d. trochanterica*, *conjgata externa*, размеры крестцового ромба, размеры выхода таза, лонно-крестцовый размер, косые размеры, боковая конъюгата, ширина лонной дуги);

влагалищное исследование (оценка емкости таза, диагональная конъюгата, наличие экзостозов в малом тазу, ложный мыс и др.).

К инструментальным методам относятся ультразвуковое исследование (измерение истинной конъюгаты, размеров головки плода, локализации плаценты, предполагаемая масса плода и др.); рентгенопельвиметрия при сроке более 37 нед. беременности (по показаниям). Необходима консультация других специалистов (травматолог, ортопед — по показаниям). Госпитализация беременных при наличии (или подозрении) на анатомически узкий таз при сроке 37-38 нед.

При сборе анамнеза следует фиксировать внимание на наличие перенесенного в детстве рахита, травматических повреждений костей таза, на осложненное течение и неблагоприятный исход предыдущих родов, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, кесарево сечение), мертворождение, черепно-мозговую травму у новорожденных, нарушение неврологического статуса в раннем неонатальном периоде, раннюю детскую смертность и др.

При наружном осмотре для узкого таза характерен низкий рост беременной (менее 150 см), астеническое телосложение (инфантилизм), короткие пальцы кистей и стоп, размер обуви меньше 36 размера, укорочение или отсутствие одной из нижних конечностей с детства, следы перенесенного рахита, неправильная форма крестцового ромба, при доношенной беременности остроконечный живот у первобеременных и отвислый у повторнобеременных и др.

У женщин мужского телосложения с выраженным гирсутизмом часто наблюдается поперечносуженный андронидный таз.

Наружное акушерское исследование при доношенной беременности может указывать на наличие узкого таза, а именно: высокое стояние головки плода, подвижная головка. При вставлении головки в таз играет роль угол наклона таза, чем он больше, тем хуже вставление.

Важную информацию о размерах таза можно получить при наружной пельвиметрии, хотя корреляционная зависимость между размерами большого и малого таза выявляется не всегда. Кроме измерений *d. spinarum*, *d. cristarum*, *d. trochanterica*, *conjgata externa*, следует определять размеры выхода таза (прямой и поперечный), обследовать лонную дугу, форму и размеры крестцового ромба, окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева).

Прямой и поперечный размеры выхода таза можно измерить сантиметровой лентой или тазомером и с учетом толщины тканей вычесть (прямой размер) или прибавить (поперечный размер) - 1,5 или 2 см. Иностранные авторы (Steer Ch.M., 1975) для определения прямого размера выхода таза рекомендуют измерять влагалищным путем (от нижнего края симфиза до верхушки крестца) и его величина должна быть не менее 11 см. При подозрении на кососмещенный таз измеряют боковую конъюгату или расстояние от лона до крестцово-подвздошного сочленения справа и слева.

Важное значение имеет влагалищное исследование, при котором определяют диагональную конъюгату, обследуют крестцовую впадину, седалищные ости и седалищные бугры, выявляют экзостозы и деформации в малом тазу.

Необоснованно ставить диагноз "анатомически узкий таз" только на основании данных наружного тазоизмерения, что нередко делают практические врачи. Диагноз узкого таза и степень его сужения можно поставить на основании данных наружной пельвиметрии и влагалищного исследования. Окончательный диагноз узкого таза устанавливают при использовании рентгенопельвиметрии, которая позволяет определить прямые и поперечные размеры малого таза во всех плоскостях, форму

лонной дуги, ширину симфиза, экзостозы, деформации, размеры головки плода, особенности ее строения, конфигурацию, положение головки по отношению к плоскостям таза и др. В настоящее время имеется рентгенологическая отечественная аппаратура (цифровая сканирующая рентгенографическая установка), которая позволяет в 20-40 раз снизить лучевую нагрузку по сравнению с пленочной рентгенопельвиметрией.

Рентгенопельвиметрию, а вернее рентгеноцефалопельвиметрию следует проводить по показаниям. Решая вопрос о рентгенопельвиметрии, необходимо решать вопрос о том, что для плода более неблагоприятно - опасность травмы во время родов или минимальная лучевая нагрузка.

Некоторые авторы считают целесообразным проведение пельвиметрии в послеродовом периоде после наложения акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, трудных родов для выяснения причины оперативных родов.

В США рентгенопельвиметрия производится в 5-7% случаев всех родов, в Англии - варьирует от 0,3 до 7% (Morrison J.J. et al., 1995), в Японии - в 5,0-9,6% случаев (Arai M. et al., 1987), в Швеции - в 10% (Persson P.H. et al., 1987). В нашей стране этот показатель значительно ниже. Некоторые авторы (Moore M.M., Shearer D.R., 1980; Wade J.P., 1992 и др.) рекомендуют проводить компьютерную томографическую пельвиметрию как довольно информативный метод, по стоимости примерно равный рентгенопельвиметрии и с минимальной лучевой нагрузкой на плод.

При использовании магнитного резонанса обеспечивается точность измерения таза, подлежащей части плода, мягких тканей таза и при этом отсутствует ионизирующая радиация (Stark D.D., et al., 1985; Mc Carthy S., 1986; Powell M.C., 1993 и др.). Применение метода ограничено из-за дороговизны исследования и трудности обучения методике.

Ультразвуковое исследование по своей информативности уступает рентгенографическому, так как оно позволяет при наружном использовании датчика определить только истинную конъюгату, а также место расположения головки плода, ее размеры, особенности вставления, в родах — степень раскрытия шейки матки.

Использование влагалищного панорамного ультразвукового датчика позволяет измерить прямые и поперечные размеры малого таза (Deutinger J., Bernascher G., 1986).

Весьма информативным при диагностике узкого таза является комбинация ультразвукового исследования и рентгенопельвиметрии. Определение плодово-тазового индекса основывается на измерении головки плода при ультразвуковом исследовании и определении окружности входа в

таз и в полости таза на основании рентгенопельвиметрии (Morgan M.A., Thurnan G.R., 1988; Thurnan G.R. et al., 1991).

Характеристика часто встречающихся форм таза

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

Наблюдаются следующие разновидности общеравномерносуженного таза:

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

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

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

ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ — характеризуется уменьшением всех поперечных размеров малого таза на 1-2 см и более, при нормальных прямых размерах всех плоскостей малого таза. Вход в малый таз имеет круглую или продольно-овальную форму. Этот тип таза напоминает мужской.

Диагностика поперечносуженного таза общепринятыми клиническими методами и представляет определенные сложности. Результаты наружного определения основных размеров таза при его поперечном сужении не всегда информативны. Наибольшее диагностическое значение имеет определение поперечного размера крестцового ромба (менее 10 см) и поперечного размера плоскости выхода малого таза (менее 10.5 см), которые у женщин с поперечносуженным тазом уменьшены. Поперечносуженный таз имеет и другие анатомические особенности:

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

При владалищном исследовании отмечается сближение седалищных остей, острый лонный угол. Окончательный диагноз данной формы таза можно поставить только при R-пельвиометрии. Женщины с поперечносуженным тазом часто имеют мужской тип телосложения.

ПЛОСКИЙ ТАЗ — характеризуется укорочением прямых размеров при обычной величине поперечных и косых. Плоский таз возникает в результате смещения крестцовой кости вперед, к лонному сочлинению. Различают две формы плоского таза:

а) Простой плоский таз – характеризуется выдвиганием крестца в таз без изменения формы и кривизны крестца, что приводит к уменьшению всех прямых размеров, вход в малый таз имеет отчётливую форму овала, расположенного длинником поперёк. Причина образования простого плоского таза не выяснена, у женщин с этим видом узкого таза – телосложение правильное.

б) Плоско-рахитический таз – резко отличается по своему строению от нормального таза. Он является следствием заболевания детей рахитом. При этом заболевании окостенение широких хрящевых прослоек, разделяющих кости таза, замедляется, они значительно утолщаются. Давление позвоночник на таз и натяжение мышечно-связочного аппарата приводит к деформации таза. Плоско-рахитический таз характеризуется следующими признаками: крылья подвздошных костей слаборазвиты, плоские, развернуты, в соответствие с этим *d.Spinaeum* приближается к *d.Cristarum*, и даже может превышать ее, крестцовый мыс глубоко выступает в плоскость входа в малый таз, прямой размер плоскости входа в малый таз (истинная конъюгата) уменьшен, плоскость входа приобретает форму почки или «карточного» сердца, крестец уплощен и отогнут кзади вокруг оси, проходящей в поперечнике пояснично-крестцового сочленения, вследствие чего размеры выхода из малого таза увеличены. Иногда определяется второй, «ложный» мыс, который образуется, по-видимому, в результате задержки окостенения межпозвонкового хряща между первым и вторым крестцовыми позвонками, неокостеневший хрящ в виде диска выступает своим передним краем в полость таза. Практическое значение «ложного» мыса заключается в том, что иногда он располагается ближе к лонному сочинению, чем истинный мыс.

Особенности биомеханизма родов при часто встречающихся формах анатомически узкого таза

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ:

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

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ:

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

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПРОСТОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ:

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

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКОМ ТАЗЕ:

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

Особенности вынашивания беременности при анатомически узких тазах

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

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

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

Ведение родов при узких тазах

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

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

Наиболее частые осложнения в родах при анатомически узком тазе:

- преждевременное и раннее излитие околоплодных вод;

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

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

Выделяют основные факторы, определяющие исход родов при узком тазе:

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

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

Методы родоразрешения при различных степенях сужения

Анатомически узкий таз редко является показанием к плановому кесареву сечению, оно необходимо лишь при сужении таза 3 и 4 степени, при

экзостозах или костных опухолях в малом тазу, при значительных деформациях таза в результате перенесённой травмы, препятствующих прохождению плода, при разрывах лобкового симфиза в предыдущих родах или других повреждениях таза, при наличии мочеполовых или кишечнополовых свищей и др.

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

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

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

Наиболее легко выполнимым является метод, предложенный русским акушером В.А. Вастеном. Он основан на определении степени выстояния, «нависания» головки над лоном. Технически метод Вастена выполняется следующим образом. Роженица лежит на спине с выпрямленными ногами. Мочевой пузырь перед исследованием должен быть опорожнен. Врач кладет ладонь на переднюю поверхность лонной дуги. Производя скользящие движения и слегка надавливая на подлежащие ткани по направлению к головке. Если пальцы, выйдя за пределы верхнего края лона, соскальзывают с него вглубь, где прощупывается наиболее выступающая часть головки, то это значит, что объем головки меньше, чем окружность входа в таз, и, следовательно, несоответствия между ними нет: признак Вастена отрицательный. Если пальцы, выйдя за пределы верхнего края лона, непосредственно переходят на находящуюся на том же уровне наиболее выступающую часть головки, то это значит, что между головкой и тазом имеется небольшое несоответствие: признак Вастена слабо положительный или вровень. Если пальцы, выйдя за пределы верхнего края лона, встречают препятствие со стороны «нависающей» над входом в малый таз головки и при дальнейшем продвижении по направлению к наиболее выпуклой части

передней ее поверхности приподнимаются вверх причем между лонным сочленением и головкой явно ощущается углубление, то это означает, что между головкой и тазом имеется значительное несоответствие: признак Вастена положительный.

При отрицательном признаке Вастена роды можно вести консервативно через естественные родовые пути. При слабо положительном – прогноз выявляется в процессе родов. Если родовая деятельность достаточно интенсивная, головка хорошо конфигурируется, роды могут закончиться консервативно. При положительном признаке Вастена, из-за значительного несоответствия между головкой плода и тазом, роды заканчивают операцией кесарево сечение.

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

Функциональное несоответствие размеров таза и плода встречается в 0,5-1,7% всех родов. При несоответствии таза роженицы и головки плода опасными признаками являются: длительное стояние головки в одной плоскости, отечность шейки матки и наружных половых органов, задержка мочеиспускания и появление крови в моче, растяжение нижнего сегмента, повышение температуры тела и учащение пульса. Шейка матки при открытии близком к полному не смещается за головку плода, часто отекает и пассивно свисает во влагалище, что создает ложное впечатление о неполном раскрытии.

Клинически узкий таз

К клинически узкому тазу следует относить все случаи несоответствия между головкой плода и тазом роженицы, независимо от размеров последнего. В отечественной литературе отсутствуют сведения о клиническом несоответствии при тазовом предлежании плода, хотя они имеют место.

В группу "роды при клинически узком тазе" следует включать не только роды, закончившиеся оперативным путем, но и самостоятельные роды, если течение родового акта, особенности механизма вставления головки и другие признаки свидетельствуют о наличии диспропорции.

Клинически узкий таз встречается в 1,3-1,7% случаев по отношению ко всем родам, частота его остается такой же, как и в предыдущие годы, что можно объяснить увеличением размеров плода.

При анатомическом сужении таза в 25-30 % развивается клинически узкий таз, при нормальных размерах таза частота возникновения клинически узкого таза составляет 0,3 %.

Причины возникновения клинически узкого таза

Причинами развития клинически узкого таза являются:

1. Анатомическое сужение таза.
2. Крупный плод, реже гидроцефалия.
3. Неправильное вставление головки плода (высокое прямое стояние стреловидного шва, разгибательные предлежания, асинклитическое вставление головки).

К предрасполагающим факторам возникновения клинически узкого таза являются:

1. перенесенная беременность;
2. задний вид затылочного предлежания

Классификация клинически узкого таза

Р.И. Калганова (1965 г.) предложила классификацию клинически узкого таза в зависимости от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода и выделила три степени несоответствия:

I степень несоответствия (относительное несоответствие):

- 1) Особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза.
- 2) Хорошая конфигурация головки плода.

II степень несоответствия (значительное несоответствие):

- 1) Особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза.
- 2) Резко выраженная конфигурация головки плода.
- 3) Длительное стояние головки в одной плоскости таза.
- 4) Наличие признака Вастена вровень.
- 5) Симптомы прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание, примесь крови в моче).

III степень несоответствия (абсолютное несоответствие):

- 1) Особенности вставления головки, присущие имеющейся форме сужения таза, однако часто возникает механизм вставления головки, несвойственный для данной формы анатомически узкого таза.
- 2) Выраженная конфигурация головки или отсутствие конфигурационной способности головки, особенно переносенного плода.
- 3) Положительный признак Вастена.
- 4) Выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря.
- 5) Преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг.
- 6) Отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности, появление признаков гипоксии плода.
- 7) Симптомы угрожающего разрыва матки.

Заслуживает внимание предложение W. Hannah (1980 г.) различать две степени клинического несоответствия: относительное (1 степень по Калгановой) и абсолютное (2 и 3 степень по Калгановой), что используется в современном практическом акушерстве.

Тактика ведения

При наличии III несоответствия следует немедленно закончить роды путем операции кесарево сечение. Особенности вставления головки и биомеханизм родов, свойственные форме сужения таза при энергичной родовой деятельности, способствуют благоприятному исходу, поэтому при I степени и часто при II степени несоответствия таза роженицы и головки плода роды протекают через естественные родовые пути. При сочетании II степени несоответствия с акушерской и экстрагенитальной патологией, также другими осложнениями в родах обосновано оперативное родоразрешение.

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

При слабости родовой деятельности, возникшей при клиническом несоответствии таза и головки плода, введение утеротоников противопоказано из-за опасности разрыва матки и травмировании плода. Функциональная оценка таза основана на выжидательной тактике. В большинстве случаев вопрос о степени несоответствия и выборе метода родоразрешения может быть решен в 1 периоде родов (при раскрытии шейки матки 6-7 см).

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

Список использованной литературы

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М Савельевой. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011 г.
2. Акушерство: национальное руководство/ под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015 г.
3. Акушерство: учебник / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского.- М. : ГЭОТАР –Медиа, 2013г.
4. Клинический протокол: Оказание медицинской помощи при анатомически и клинически узком тазе/ под ред. Малышкина А. И., Парейшвили В.В., Филиппов О.С. – 2017г.