

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

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 родовых сил. У женщин с инфантилизмом, перенесших в прошлом тяжелые роды и послеродовые заболевания, бывает слабость родовых сил: схватки слабые и редкие с самого начала родов (первичная слабость родовых сил) или вначале хорошая родовая деятельность в дальнейшем ослабевает (вторичная слабость родовых 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 родовых 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 матки и влагалища, сдавливаются мочевого 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-вагинальный 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 косога 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 подлежащей 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 заднетеменной кости; иногда наблюдается вдавление вследствие длительного прижатия к мысу.

Механизм родов при простом плоском тазе

Головка вступает во вход так же, как при плоскорихитическом 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 родовых 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 указанные отягощающие 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, гноевидные), 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, виадрил 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 подлежащей 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 подлежащей 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 подлежащей 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 родových 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 значительная конфигурация 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.

Список литература

1. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство, Ростов-на-Дону: «ФЕНИКС», 2007
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство, М.: «Медицина», 1986
3. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство, Курск: АП "Курск", 1995.
4. Жордания И.В. Акушерство, М., 1961
5. Серов В.Н., Стрижаков М.М., Маркин С.А. «Практическое акушерство» М., 1989
6. Айламазян Э.К. Акушерство, М.: «Специальная литература», 2005
7. Савельева Г.М. и др. Акушерство, М., 2000