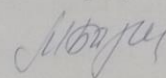


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ И КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему:

«Оказание медицинской помощи при анатомически и клинически узком тазе.»

от 2018 года

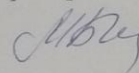
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиопатогенез данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Оказание медицинской помощи при анатомически и клинически узком тазе».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

- I. Понятие анатомического узкого таза.
- II. Классификация.
- III. Диагностика анатомически узкого таза.
 - 1. Анамнез общий и специальный*
 - 2. Общие объективные данные*
 - 3. Влагалищное исследование.*
 - 4. Методы лучевой диагностики анатомически узкого таза.*
- IV. Клиническая оценка различных форм анатомически узкого таза по данным антропометрии, наружного и внутреннего акушерского исследования, биомеханизма родов.
 - 1. Поперечносуженный таз*
 - 2. Плоские тазы*
 - 3. Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости*
 - 4. Общеравномерносуженный таз*
 - 5. Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости*
 - 6. Общеравномерносуженный таз*
- V. Особенности течения и ведения беременности.
- VI. Понятие клинически узкого таза и причины возникновения.
- VII. Классификация клинически узкого таза.
- VIII. Диагностические признаки клинически узкого таза.
- IX. Ведение родов при клинически узком тазе.
- X. Используемая литература.

I. Понятие анатомического узкого таза.

Частота анатомически узкого таза, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах (от 2,6 до 15-23 %)[2].

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

Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты, при её величине менее 11 см таз считается узким.

II. Классификация

Классификация, основанная на оценке формы сужения таза [3].

A. Часто встречающиеся формы узкого таза

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

Б. Редко встречающиеся формы узкого таза (4,4 %)

- 1) кососмещённый и кососуженный таз;
- 2) таз, суженный экзостозами, костными опухолями вследствие переломов таза со смещением;
- 3) другие формы таза (ассимиляционный, воронкообразный, кифотический, остеомалатический, спондилолистетический, расщепленный или открытый спереди таз).
- 4) таз, суженный за счет опухолей яичников, матки, расположенных в полости малого таза частично или полностью.

Классификация анатомически узких тазов по степени сужения А.Ф. Пальмова [2].

I степень: истинная конъюгата 10,5 - 9,1 см (96,8 %);

II степень: 9,0 - 7,6 см (3,18 %);

III степень: 7,5 - 6,6 см (0,02 %);

IV степень: менее 6,5 см (0,0 %).

Степень сужения поперечно-суженного таза определяют по величине поперечного диаметра плоскости входа в малый таз [7]:

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

II степень сужения - поперечный диаметр 11,4 - 10,5 см;

III степень сужения - поперечный диаметр входа менее 10,5 см.

III. Диагностика анатомически узкого таза

Анамнез общий и специальный: при сборе анамнеза следует фиксировать внимание начиная с антенатального периода развития (нарушении обмена веществ между матерью и плодом, особенно минерального, дефиците витаминов, несовершенном остеогенезе). Собирая анамнез о

периоде новорожденности и раннего детства, нужно выяснить вопросы вскармливания девочки, течение раннего детства (когда появились зубы, когда стала сидеть, ходить), наличие перенесенного рахита, дисплазии, врожденного вывиха тазобедренных суставов, инфекций (костный туберкулез, полиомиелит), травм таза, позвоночника; о периоде полового созревания - наличия нагрузок, нарушений школьной гигиены, стрессов, гормонального дисбаланса, формы одежды - «джинсовый» таз, ранних занятий спортом; учитывать акселерацию.

Специальный анамнез включает: начало и характер менструаций, течение и исход предыдущих беременностей и родов, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, кесарево сечение), мёртворождение, черепно-мозговые травмы у новорожденных, нарушение неврологического статуса в раннем неонатальном периоде, раннюю детскую смертность, нарушения дальнейшего развития.

Общие объективные данные: для оценки таза вначале производится наружный осмотр женщины в положении стоя. Определяют массу тела и рост женщины, следы перенесенных заболеваний, при которых наблюдаются изменения костей и суставов (рахит, туберкулёз), изучают состояние черепа, позвоночника (сколиоз, кифоз, лордоз и др.), конечностей (укорочение одной ноги), суставов (анкилоз в тазобедренных, коленных и других суставах), походку. Отмечают, не имеет ли живот остроконечную форму у первородящих или отвислую у многорожавших. Большое значение для оценки таза имеет форма крестцового ромба. При нормальных размерах таза его продольный и поперечный размеры равны соответственно 11 и 11 см.

Одним из важных показателей является величина роста женщины. Рост женщины менее 155-160 см даёт основание заподозрить наличие анатомически узкого таза. Антропометрическими маркёрами узкого таза кроме роста женщины являются размер обуви менее 36, длина стопы менее 23 см, длина кисти менее 16 см, длина I и III пальцев руки менее 6 и 9 см, соответственно.

Для оценки толщины костей измеряется окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева Ф.А.) на уровне выступающих мыщелков предплечья: чем меньше индекс, тем тоньше кости и больше емкость таза и наоборот (норма индекса Соловьева 14,5-15 см).

Основными измерениями таза считается наружная пельвиметрия: *distantia spinarum* (в норме 25-26 см), *distantia cristarum* (в норме 28-29 см), *distantia. trochanterica* (в норме 31-32 см) и *conjugata externa* (диаметр Боделока- 20-21 см в норме).

Для диагностики узкого таза с уменьшением прямого размера широкой части полости следует измерять лонно-крестцовый размер, то есть расстояние от середины симфиза до сочленения II и III крестцовыми позвонками. Для анатомически нормального таза величина этого размера составляет 21,8 см. Измеряется также высота лонного сочленения (расстояние между верхним и нижним краями лонного сочленения), измерение производится тазомером. Симфиз в норме 5,0-6,0 см.

Ширина симфиза определяется измерением расстояния между паховыми складками по верхнему краю симфиза с помощью сантиметровой ленты. В норме ширина симфиза равна 13,0-13,5 см. Поперечный размер выхода таза измеряется сантиметровой лентой при позе Микеладзе (камнесечения) от правой внутренней поверхности седалищного бугра до левой и равен в норме 9 см. Прямой размер выхода малого таза (9-11 см) измеряется тазомером, он идет от верхушки копчика до нижнего края симфиза. Дополнительные измерения включают определение боковых конъюгат - расстояний между передне- и задневерхними осями подвздошной кости с каждой стороны (в норме они равны 14-15 см). Уменьшение их до 13 см свидетельствует о сужении таза.

Уменьшение размеров окружности таза (между вертелами и гребнем подвздошных костей) до 70-75 см, вместо нормальных 85 см, указывает на сужение таза.

Наличие разницы в уровне стояния лопаток, искажение формы треугольника талии указывает на высокую вероятность кососуженного таза.

Для уточнения измеряют косые размеры таза, при этом абсолютные величины косых размеров значение не имеют, так как для асимметрии таза характерна разница между размерами каждой пары измерений более 1,5 см.

К косым размерам относятся:

- расстояние между серединой верхнего края симфиза и задними верхними осями подвздошных костей обеих сторон (норма - 17,5 см);
- расстояние между передней верхней осью подвздошных костей одной стороны и задней верхней осью другой стороны (норма - 21 см);
- расстояние между остистыми отростками V поясничного позвонка и передней верхней осью позвоночных костей обеих сторон (норма - 18 см);
- расстояние между передней и задней верхними осями подвздошных костей одноименной стороны (боковая конъюгата Кернера: норма - 14-15 см).

Абсолютные величины боковой конъюгаты дают представление о внутренних размерах таза: при плоском тазе они не превышают 13,5 см, при асимметрии таза имеются различия между обеими конъюгатами.

Важное значение имеет *влагалищное исследование*. При влагалищном исследовании определяют емкость таза, величину диагональной конъюгаты, достижение терминальных линий, обследуют крестцовую впадину, седалищные ости и бугры, определяют наличие ложного мыса, экзостозов и деформаций малого таза, оценивают величину лонного угла.

Методы определения истинной конъюгаты:

1. Из величины наружной конъюгаты вычитают 9 см.
2. Из величины диагональной конъюгаты вычитают 1,5-2,0 см (при индексе Соловьева 14-16 см и менее вычитают 1,5 см, при величине индекса более 16 см вычитают 2 см); при величине лонного сочленения 4 см и менее вычитают 1,5 см, при величине более 4 см вычитают 2 см).

3. Измеряют тазомером расстояние от яремной вырезки грудины до VII шейного позвонка.

Методы лучевой диагностики анатомически узкого таза.

Измерение наружных размеров большого таза не в полной мере отражают форму и емкость малого таза [15,22,23]. В связи с этим, при наличии технической возможности и подготовленных специалистов возможно применение дополнительных методов оценки внутренних размеров таза, таких как рентгенопельвиметрия, магнитно-резонансная томография и, реже, ультразвуковое исследование.

Рентгенопельвиметрия. Несмотря на относительно небольшую лучевую нагрузку, тем не менее рентгенологический метод исследования для оценки размеров и формы таза рекомендуется применять или вне беременности или уже в сроке доношенной беременности (38 недель и более) [3,5,7].

Показания к рентгенопельвиметрии [4]:

- уменьшение размеров большого и малого таза, выявленное при наружном и внутреннем акушерском исследовании;
- крупные размеры плода (4000 г и более);
- осложнения предыдущих родов (затяжные роды, травма плода и новорожденного, наложение акушерских щипцов и т.д.);
- тазовое предлежание плода.

Магнитно-резонансная томография Более перспективным методом в настоящее время считается магнитно-резонансная томография (МРТ) как радиационно-безопасный и высокоинформативный метод визуализации [1].

Основными показаниями к использованию МР-пельвиметрии и МР-фетометрии являются [2,3,5]:

- Подозрение на анатомически узкий таз.
- Подозрение на анатомические изменения таза - экзостозы, травмы таза в анамнезе, перенесенные рахит и полиомиелит, врожденный вывих тазобедренных суставов, расхождение лонного сочленения.
- Крупный плод (более 4000 г).
- Тазовое предлежание.
- Наличие рубца на матке.
- Беременные из группы высокого риска перинатальной патологии, а именно: повторнородящие с осложненным течением и неблагоприятным исходом предыдущих родов; яичников, матки, влагалища, плаценты, костей и суставов таза.

Ультразвуковое исследование по своей информативности уступает рентгенографическому и магнитно-резонансной томографии, 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 маточного зева. Весьма информативна при диагностике узкого таза комбинация ультра- (звукового исследования и рентгенопельвиметрии. Определение плодотовазового индекса основывается на измерении головки плода при ультразвуковом исследовании и определении окружности входа в таз и в полости таза на основании рентгенопельвиметрии.

IV. Клиническая оценка различных форм анатомически узкого таза по данным антропометрии, наружного и внутреннего акушерского исследования, биомеханизма родов

1. Поперечносуженный таз

Характеризуется уменьшением поперечных размеров малого таза на 0,6-1,0 см и более, относительным укорочением или увеличением прямого размера входа и узкой части полости.

Вход в малый таз имеет округлую или продольно-овальную форму, мало развёрнуты крылья подвздошных костей, лонная дуга узкая.

В диагностике поперечносуженного таза наибольшее значение имеет определение поперечного диаметра крестцового ромба (менее 10 см), поперечного размера плоскости входа в таз (поперечный размер плоскости входа в таз равен $1/2$ distantia cristarum или для его определения из distantia cristarum можно вычесть 14-15 см), поперечного диаметра выхода таза (менее 10,5 см), ширины и высоты симфиза и глубины таза. При поперечносуженном тазе ширина симфиза менее 12,5 см, высота симфиза - 6,5 см и более, поперечный размер выхода таза - менее 9 см.

При влагалищном исследовании отмечаются сближение седалищных остей и относительно легкая досягаемость терминальных линий, острый лонный угол.

У 50 % женщин с поперечносуженным тазом встречается уплощение крестца и увеличение его высоты до 10 см и более.

Точная диагностика данной формы таза и особенно степени его сужения возможна только при использовании рентгенопельвиметрии, компьютерной рентгенопельвиметрии или магнитно-резонансной томографии. Рентгенологически выделяют три формы поперечносуженного таза: с увеличением прямого диаметра входа, с укорочением прямого размера широкой части полости, с уменьшением межостного диаметра. Однако, совершенно точно констатирует форму таза механизм вставления головки, свойственной только этой форме таза.

Биомеханизм родов при поперечносуженном тазе может происходить так же, как и при нормальных размерах таза. Если же прямые диаметры превышают поперечные, то:

1) головка, сгибаясь, вступает во вход в малый таз стреловидным швом в прямом размере и делает поступательное движение до плоскости выхода. Преодолению препятствия при сужении поперечного диаметра входа в таз способствует также вставление головки в косом размере с асинклитическим расположением стреловидного шва и опусканием чаще задней теменной кости;

2) в большинстве наблюдений в родах имеет место разрыв промежности, так как острый лонный угол формирует две точки гипомохлеона на лонных костях, что требует своевременно и правильно выполненной правосторонней срединно-латеральной перинеотомии.

Родовая опухоль на головке новорожденного располагается в области стреловидного шва, смещаясь больше на одну из теменных костей, и делает её ассиметричной.

Роды при поперечносуженном тазе могут закончиться *per vias naturales* только в случае переднего вида предлежания плода. Задний вид при поперечносуженном тазе формирует клиническое несоответствие II степени.

2. Плоские тазы (простой плоский таз, плоскоррахитический таз, таз с уменьшением прямого размера широкой части полости)

В плоском тазе укорочены прямые диаметры при обычной величине поперечных и косых размеров.

3. Простой плоский таз.

Простой плоский таз характеризуется уменьшением всех прямых диаметров, кривизна крестца средняя, лонная дуга широкая, обычно увеличен поперечный диаметр входа.

Диагностика этой формы узкого таза основывается на осмотре крестцового ромба Михаэлиса. Благодаря тому, что крестец выдвигается вперед, уменьшается размер между ямкой под остистым отростком V поясничного позвонка и серединой прямого диаметра пояснично-крестцового ромба. Вследствие этого крестцовый ромб Михаэлиса принимает неправильную форму с укорочением вертикальной диагонали (менее 10 см).

Корреляционная зависимость между наружной и истинной конъюгатой и всеми прямыми размерами малого таза отсутствует и существует между диагональной и истинной конъюгатами. Отсюда следует, что практическим врачам нет необходимости ориентироваться на показатели наружной конъюгаты. Только внутренняя оценка таза дает возможность поставить диагноз плоского таза, если будет достигнут промонториум и, в зависимости от размеров диагональной конъюгаты, можно определить степень его сужения.

Облегчает постановку диагноза простого плоского таза рентгенопельвиметрия или МРТ.

Особенностями механизма родов при простом плоском тазе являются:

1) разгибание головки и длительное ее стояние над входом в таз стреловидным швом в поперечном размере;

2) головка конфигурируется и вставляется во вход в таз одной из теменных костей, т.е. происходит асинклитическое вставление;

3) чаще всего головка не совершает внутреннего поворота и стреловидный шов во всех плоскостях таза проходит в поперечном размере, на тазовом дне возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва.

При ведении родов следует помнить, что головке легче преодолеть препятствие во входе в малый таз, если роженицу уложить на сторону, противоположную позиции плода (это способствует разгибанию головки).

При полном раскрытии маточного зева и излитии околоплодные воды во втором периоде родов пациентке придают позу Микеладзе (при положении роженицы на спине привести согнутые колени к животу, широко раздвинув бедра), если в таз опускается заднетеменная кость, при этом передняя теменная кость легче соскальзывает с лона. Если же опускается переднетеменная кость, женщину во втором периоде родов на 30 минут следует уложить в положение Вальхера (положение роженицы на спине, на краю кровати, со спущенными, висящими вниз ногами и со слегка приподнятым тазом), или под ягодицы подложить полстер высотой в 20 см, увеличивая тем самым угол наклона таза и размер истинной конъюгаты.

В связи с высокой вероятностью разрыва промежности в родах при плоском тазе производят своевременно выполненную правостороннюю центрально-латеральную перинеотомию. Так как увеличение размеров таза, особенно его выхода, отмечается при положении беременной сидя и на корточках, целесообразно проводить второй период родов до опускания головки на тазовое дно и до начала потуг в вертикальном положении женщины.

4. Плоскорахитический таз.

Плоскорахитический таз характеризуется уменьшением прямого размера входа и увеличением всех остальных прямых диаметров таза, крестец обычно плоский, лонная дуга широкая.

При диагностике данной формы таза следует обращать внимание на признаки перенесенного в детстве рахита («квадратная» голова, редкие зубы с поперечными желобками, впалая грудь «реберные четки», ключицы в форме латинской буквы «S», «X»- или «0»-образное искривление ног, позвоночника, грудины и др.). Крылья подвздошных костей развёрнуты, обычно почти равны, уменьшена наружная конъюгата. Крестцовый ромб имеет вертикальный размер меньше нормы, при этом верхний треугольник ромба меньше нижнего.

При влагалищном исследовании достигим мыс, резко выступающий вперед (за счет чего вход в таз напоминает форму почки или сердца); крестец уплощен, укорочен, утончен и уширен (правило четырех «у» М.А. Колосова); иногда определяется ложный мыс; лонный угол тупой.

Точный диагноз можно установить при рентгенопельвиметрии, КТ-пельвиметрии, МРТ.

Биомеханизм родов при плоскорахитическом тазе имеет следующие особенности:

1. Длительное стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере.
2. Умеренное разгибание головки: большой родничок устанавливается на одном уровне с малым или ниже его, головка проходит через истинную конъюгату малым поперечным размером (8,5 см).

3. Асинклитическое вставление головки - передний асинклитизм («негелевское» вставление) или задний («литцмановское» вставление). Чаще встречается передний асинклитизм, так как сила сцепления теменной кости у мыса больше, чем у лона, поэтому передняя теменная кость опускается в полость таза, а стреловидный шов отклоняется к мысу.

4. В полости малого таза в связи с благоприятными пространственными соотношениями между резко конфигурированной головкой и емкой полостью таза совершается внутренний поворот.

5. Продвижение головки во втором периоде родов происходит очень быстро («штурмовые» роды).

6. Отсутствие правильной ротации головки в полости малого таза и штурмовой характер второго периода родов ведет к разрыву промежности, вплоть разрыва крестцово-копчикового сочленения.

5. Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости

Характеризуется уплощением крестца, вплоть до отсутствия кривизны, увеличением его длины, уменьшением прямого диаметра широкой части полости (менее 12 см), отсутствием разницы между прямыми диаметрами входа, широкой и узкой части полости. Другие диаметры обычно нормальны или увеличены.

Различают две степени сужения:

I степень - прямой размер широкой части полости равен 12,4 - 11,5 см;

II степень - меньше 11,5 см.

Информативным для диагностики узкого таза с уменьшением прямого диаметра широкой части полости является измерение лонно-крестцового размера, т.е. расстояния от середины симфиза до места сочленения между II и III крестцовыми позвонками.

Для анатомически нормального таза, величина этого размера составляет 21,8 см. Величина менее 20,5 см свидетельствует о наличии узкого таза, её значение менее 19,3 см позволяет заподозрить выраженное уменьшение прямого диаметра широкой части полости (менее 11,5 см).

6. Общеравномерносуженный таз

Общеравномерносуженный таз встречается у невысоких, пропорционально сложенных женщин и характеризуется уменьшением на одинаковую величину всех размеров таза (1,5-2,0 см и более).

Крестцовый Ромб Михаэлиса правильной формы, но и продольный, и поперечный диаметры его - менее 11 см. Информативны данные, получаемые при измерении диаметра выхода таза, а именно: прямой и поперечный размеры менее 9 см.

При внутреннем исследовании крестцовая впадина глубокая, достигается промонторий и терминальные линии.

Биомеханизм родов включает следующие моменты:

1. Головка вступает в таз в состоянии значительного сгибания, размером меньшим, чем малый косой; малый родничок приближается к геометрическому центру таза (глубокое стояние малого родничка - асинклитизм Редерера); стреловидный шов расположен в одном из косых размеров таза. Головка продвигается по тазу медленно, с большой затратой сил.

2. При переходе из широкой части в узкую происходит дополнительная максимальное сгибание головки и внутренний её поворот, когда головка на дне таза устанавливается стреловидным швом в прямом размере выхода.

3. Головка плода не может выполнить все пространство лонного угла, а поэтому растягивает промежность, что приводит к травме мышц и фасций промежности и ее разрыву.

4. После рождения головки происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Форма головы долихоцефалическая (головка вытянута в виде клина с родовой опухолью в области малого родничка).

С началом схваток роженицу при общеравномерносуженном тазе следует уложить на бок, соответствующий позиции плода, что значительно укорачивает время, необходимое для вставления головки во вход в таз и преодоления ею существующего препятствия.

Диагностика основана на данных антропометрии, наружной пельвиметрии, крестцового ромба Михаэлиса и влагалищного исследования.

Подтвердить диагноз можно при рентгенопельвиметрии, компьютерной рентгенопельвиметрии и МРТ.

V. Особенности течения и ведения беременности

Для беременных с узким тазом характерно:

1. У первородящих головка плода остается подвижной над входом в таз вплоть до начала родов.

2. Матка у беременных с суженным тазом отличается подвижностью, что наряду с высоким стоянием головки предрасполагает к поперечному, косому или тазовому положению плода; способствует возникновению разгибательных предлежаний головки (переднеголовное, лобное, лицевое).

3. Одним из самых частых осложнений беременности является преждевременное излитие околоплодных вод, при этом может быть выпадение петель пуповины.

4. Повышенная частота симфизиопатии и сакроилеопатии.

5. Высокая вероятность наступления преждевременных родов.

В сроке беременности 38 недель беременных с анатомически узкими тазами, у которых предполагается несоответствие между размерами таза и плода, следует госпитализировать в

отделение патологии, согласно региональных листов маршрутизации беременных, с целью уточнения срока беременности, массы плода, размеров таза, положения и предлежания плода, его состояния и решения вопроса о выборе метода родоразрешения [1].

Метод родоразрешения должен быть определен с учетом данных анамнеза, готовности родовых путей к родам, анатомической формы узкого таза и степени его сужения, предполагаемой массы плода, других осложнений беременности.

Тактика ведения родов:

- непрерывный кардиомониторный контроль за состоянием плода и родовой деятельностью (КТГ) (нарушения сердечного ритма плода могут быть ранним признаком клинического узкого таза);
- ведение партограммы;
- слежение за характером вставления головки плода и её продвижением;
- своевременная диагностика осложнений родового акта и их коррекция, с целью избежать затяжных родов и при необходимости прибегнуть к экстренному оперативному родоразрешению путем кесарева сечения.

Показания к плановой операции кесарева сечения [2]: 1) плодово-тазовые диспропорции (анатомически узкий таз II-III степени сужения, деформация таза, экзостозы, костные опухоли, опухоли матки и яичников, расположенные в полости малого таза); 2) сочетания I степени сужения таза с акушерской патологией: тенденция к перенашиванию беременности и неготовность родовых путей к родам, крупный плод, тазовое предлежание, неправильное положение и предлежание плода, тяжелая преэклампсия, хроническая гипоксия плода, первородящие старшего возраста, рубец на матке, мертворожден и е в анамнезе, аномалии развития половых органов, симфизит и др.

Показания к экстренной операции кесарево сечение при анатомически узком тазе [3]: 1) отсутствие родовой деятельности после излития околоплодных вод при незрелой шейке матки; 2) аномалии родовой деятельности; 3) лобное, лицевое, высокое прямое стояние стреловидного шва при заднем виде; 4) клиническое несоответствие размеров головки плода и таза матери.

Применение влагалищных родоразрешающих операций при анатомическом сужении таза возможно только в исключительных ситуациях, требующих экстренного родоразрешения - острый дистресс плода, когда его головка уже достигла тазового дна и только при отсутствии признаков клинического несоответствия головки плода и таза роженицы.

VI. Понятие клинически узкого таза и причины возникновения

Понятие клинически узкого таза связано с процессом родов - это несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.

Наиболее частыми причинами клинически узкого таза является анатомическое сужение таза, крупный плод или их сочетание, неблагоприятные предлежания и вставления головки плода: лобное,

лицевое или задний вид затылочного предлежания, высокое прямое стояние стреловидного шва, асинклитические вставления, разгибания головки при тазовом предлежании, гидроцефалия.

VII. Классификация клинически узкого таза

Классификация клинически узкого таза [4].

Относительное несоответствие (I степень). При первой степени клинически узкого таза признаками клинического несоответствия считают: вставление головки плода, характерное для данной формы узкого таза, её умеренная конфигурация. У первородящих, кроме того, наблюдается слабость родовой деятельности в конце первого периода родов.

Абсолютное несоответствие (II степень). Диагноз клинически узкого таза второй - третьей степени несоответствия включает следующие диагностические признаки: особенности вставления головки не соответствуют форме таза, имеет место выраженная конфигурация головки, выраженная родовая опухоль на головке плода, появляются потуги при высоко стоящей головке, женщина беспокойна, шейка матки свисает в виде рукава во влагалище, нижний сегмент матки резко болезненный, шейка матки отечна, отсутствует продвижение головки во время схватки при полном раскрытии шейки матки, появляются аномалии родовой деятельности, сукровичные выделения из родовых путей, имеет место гипоксия плода, нарушение мочеиспускания, признак Вастена положительный.

VIII. Диагностические признаки клинически узкого таза

Основными признаками клинически узкого таза являются:

- длительное (более 1 часа) стояние головки в плоскостях малого таза;
- нарушение синхронизации процессов раскрытия шейки матки и продвижения плода;
- выраженная конфигурация головки;
- образование большой родовой опухоли;
- неблагоприятные предлежания и вставления головки: задний вид, разгибательные варианты, асинклитизм, клиновидное вставление, высокое прямое стояние стреловидного шва;
- отсутствие продвижения головки плода при полном раскрытии шейки матки;
- несоответствие механизма родов форме таза;
- наличие болезненных схваток;
- беспокойное поведение роженицы;
- появление потуг при головке, расположенной выше, чем в узкой части полости малого таза;
- затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания; • нарушение сократительной деятельности матки;
- болезненность при пальпации нижнего сегмента;
- гипоксия плода;
- положительный признак Вастена.

Для определения признака Вастена ладонь располагают на поверхность симфиза и передвигают вверх, на область подлежащей головки. При положительном признаке Вастена передняя поверхность головки находится выше поверхности симфиза или на одном уровне, что указывает на несоответствие между тазом матери и головкой плода.

IX. Введение родов при клинически узком тазе

Течение родов при клинически узком тазе характеризуется большим числом осложнений, среди которых ведущее место занимает несвоевременное излитие околоплодных вод (50-60%) и аномалии родовой деятельности (40%); внутриутробная гипоксия плода (14%) [1,4].

Для решения вопроса о срочном абдоминальном родоразрешении при клинически узком тазе достаточно 2-3 признаков абсолютного несоответствия. Все роженицы с клинически узким тазом II степени несоответствия должны быть родоразрешены путем экстренной операции кесарева сечения. [3].

Проведение кесарева сечения при клинически узком тазе представляет определенные трудности, особенно при полном раскрытии шейки матки и при низком расположении головки. Во время операции обнаруживается резкое истощение нижнего сегмента матки, иногда - гематома на задней стенке матки.

Родовой травматизм имеет место у 27,0% новорожденных. Выявляются: синдром гипервозбудимости (18,2%), синдром угнетения центральной нервной системы (4,5%), судорожный синдром (2,3%), кожногеморрагический синдром (6,8%), гематомы бедер и плеч (1,1%), шейно- радикулярный синдром (2,3%), кефалогематома (1,1%) , субарахноидальное кровоизлияние (2,3%) [2].

При клинически узком тазе у женщин может иметь место тяжелый травматизм (до 1%) в виде разрыва симфиза, разрыва промежности III степени, повреждения крестцово-подвздошных сочленений, разрыва матки, отрыва матки от сводов влагалища, образование мочеполовых и ректовагинальных свищей [5].

Х. Используемая литература

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1080 с. - (Серия «Национальное руководство»).
2. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер. - 2010. - 656 с.
3. Ведение беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом // Информационное письмо Министерства здравоохранения РФ. – 2002
4. Диагностика различных форм и степеней суженного таза у беременных: сравнение результатов магнитно-резонансной и наружной пельвиметрии / Н.Ю. Шмедьк, В.В. Рязанов, В.В. Ипатов, С.Н. Козловский // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2014. - № 4 (48). - С. 37-41.
5. Чернуха, Е.А., Волобуев, А.И., Пучко, Т.К. Анатомически и клинически узкий таз. - М.: Триада-Х, 2005.-253 с.
6. Серов В.Н., Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Румянцева В.П. и др. Медикаментозная подготовка к родам- и родовозбуждение. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология, 2015, 5, приложение, 5-1
7. Калганова Р.И., Черепанов В.Н. К вопросу диагностики поперечносуженного таза. //Акуш. и гинекол. 1978. - N4. - С.53-56.