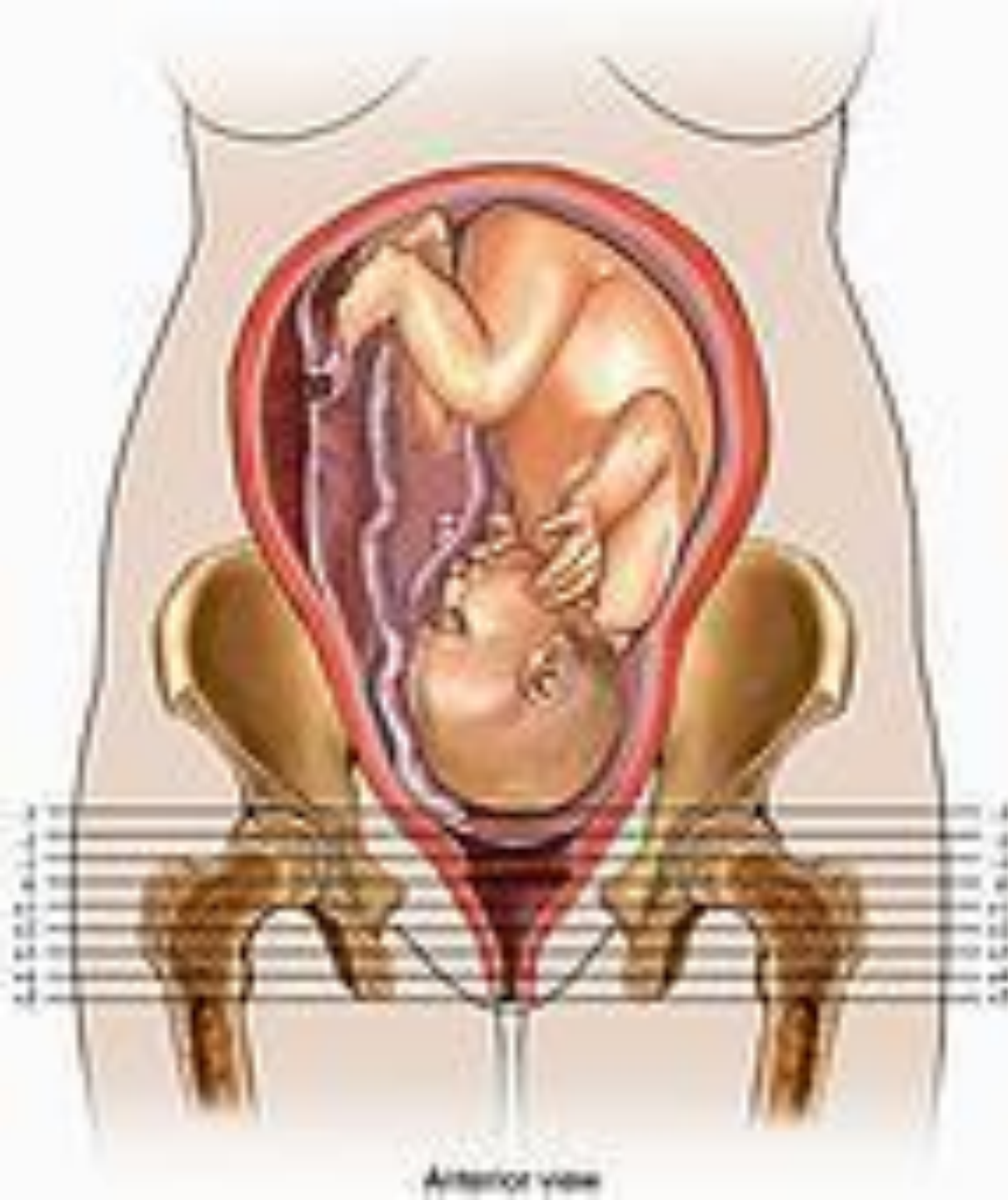


**Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова
Медико-психолого-социальный институт
Кафедра педиатрии, акушерства и гинекологии**

УЗКИЙ ТАЗ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Зав. каф. к.м.н., Гладкая Валентина Сергеевна



«Узкий таз» - диагноз, вызывающий множество вопросов. Услышав его, женщина переживает: как пройдут роды, и какие «подводные камни» возможны при рождении малыша?

В акушерстве существует два понятия об узком тазе:

клинически узкий таз

анатомически узкий таз

- **Клинически узким тазом** принято считать таз, создающий препятствия для продвижения плода во время родового акта.

Причинами возникшей диспропорции являются:

- анатомически узкий таз;
- крупный плод;
- плохая способность костей черепа к конфигурации при перенесенной беременности;
- неблагоприятное вставление головки;
- неправильное положение плода, гидроцефалия;
- опухоли матки, яичников, атрезия влагалища;
- реже при тазовом предлежании плода.

- **Анатомически узким** считают такой таз, один или несколько размеров, которого уменьшены на 1,5 - 2 см и более. Или истинная конъюгата (*conjugata vera*) меньше нормы (11 см) на 1 см.

Частота анатомически узкого таза колеблется от 2,4-7,2% с тенденцией к снижению.

Частота клинически узкого таза в структуре показаний для кесарева сечения составляет от 9,4-49%.

Частота женщин с крупным и гигантским плодом - 17,5%.

Частота клинического несоответствия в родах у рожениц с анатомически узким тазом - 30%.

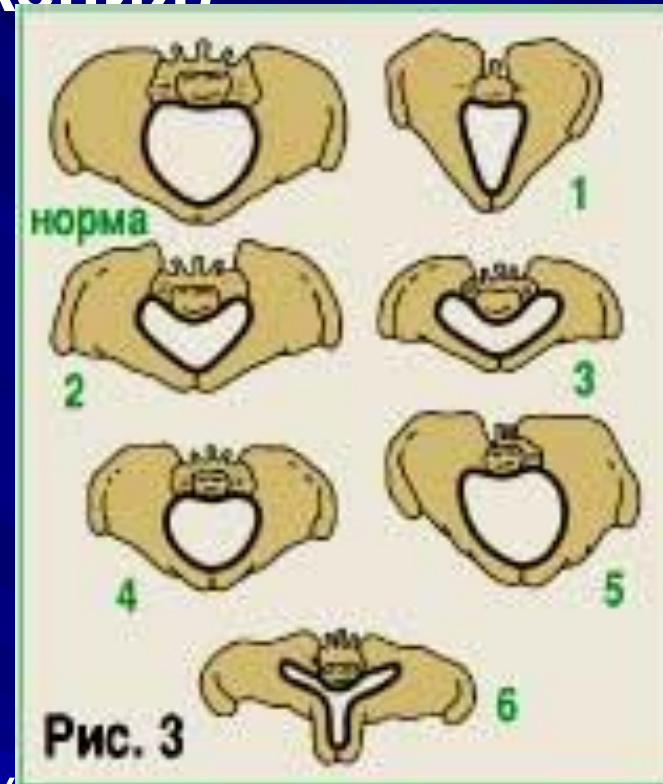
Причины развития анатомически узкого таза:

- **Задержка полового развития и инфантилизм;**
- **Конституциональные особенности – наследственность;**
- **В антенатальном периоде имеют значение повреждающие факторы;**
- **В детском возрасте - плохое питание, туберкулез, рахит;**
- **Нарушение минерального обмена, в частности Са и Р;**
- **Новообразований костей, остеомаляции, травмы**

Классификация анатомически узкого таза

А.Я. Крассовского (по форме сужения)

- **А. Часто встречающиеся формы таза:**
- 1. Поперечносуженный таз – 45,2% (1);
- 2. Плоские тазы:
 - а) простой плоский таз – 13,6%;
 - б) плоскоррахитический таз – 13,6% (3);
 - в) таз с уменьшением прямого размера в широкой части полости – 21,8%.
- 3. Общеравномерносуженный таз – 8,5% (4);
- **Б. Редко встречающиеся формы таза – 4,4%:**
- 1. Кососмещенный (асимметрический) (5);
- 2. Таз, суженный экзостозами, опухолями;
- 3. Другие формы таза (остеомалаятический -б, спондилолистетический, кифотический);



Классификация анатомически узкого таза А.Ф. Пальмова (по степени сужения)

- I степень - *s.vera* не менее 9 см.
- II степень - *s.vera* от 9 до 7 см.
- III степень - *s.vera* от 7 до 5 см
- IV степень - *s.vera* 5 см и менее.

При поперечносуженном тазе:

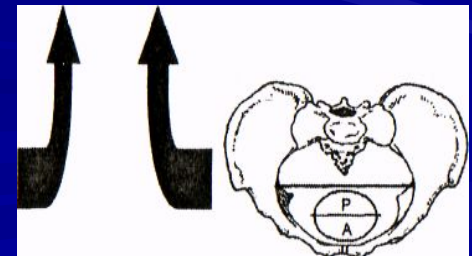
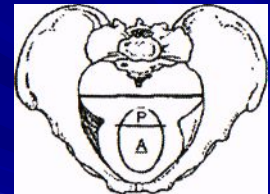
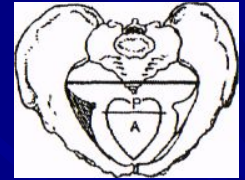
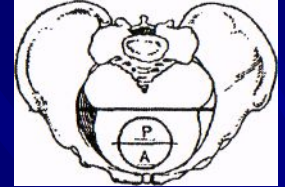
- I степень – поперечный размер входа 12,4-11,5 см;
- II степень – поперечный размер входа 11,5-10,5 см;
- III степень – поперечный размер входа менее 10,5 см;

Сужение 1 степени колеблется в 90-91%, II степени – в 8-9%, III степени – в 0,2-0,3%.

Классификация Caldwell-Moloy (1933)

Рентгенологическая, учитывающая особенности строения таза:

- Гинекоидный тип (55% всех тазов) соответствует нормальному женскому тазу.
- Андроидный тип (20% всех тазов) - мужской таз. Отмечается клиновидная форма входа, узкий лонный угол, крестец недостаточно изогнут, отклонен кпереди. Таз воронкообразно сужается книзу.
- Антропоидный тип (20-22% всех тазов) напоминает таз человекообразных обезьян. Форма полости удлиненно-овальная, крестец узкий и длинный, лонная дуга узкая.
- Платипеллоидный тип напоминает простой плоский таз (3% всех тазов). Форма входа в таз поперечно-овальная, наклон крестца средний, лонная дуга широкая.



Поперечносуженный таз

- Характеризуется уменьшением поперечных размеров малого таза при нормальных или увеличенных прямых размерах. Крестец часто уплощен, крутое стояние крыльев подвздошных костей, узкая лонная дуга, сближение седалищных остей, высокое стояние мыса, уменьшение поперечного размера выхода таза и поперечного размера крестцового ромба. Форма входа в малый таз приближается к кругу.
- Классификация поперечносуженных тазов, основанная на величине поперечного размера входа малого таза (по данным рентгенопельвиометрии):
 - I степень – поперечный размер входа 12,4-11,5 см;
 - II степень – поперечный размер входа 11,5-10,5 см;
 - III степень – поперечный размер входа менее 10,5 см;
- Сужение 1 степени колеблется в 90-91%, II степени – в 8-9%, III степени – в 0,2-0,3%.

Общеравномерносуженный таз

Характеризуются равномерным сужением всех размеров на 1-2 см, за счет вертикального стояния крыльев подвздошных костей, узкого крестца и острого лонного угла. Таз имеет типичные черты женского таза с уменьшенными размерами.

- Различают несколько разновидностей такого таза: гипопластический, детский, мужской и таз карлиц.

- **Гипопластический таз** встречается у пропорционально сложенных миниатюрных женщин с тонкими костями. Очертания и взаимоотношения костей, присущи нормальному тазу. Такой тип таза наиболее благоприятный так как уменьшение наружных размеров не сопровождается сужением полости малого таза.
- **Детский (инфантильный) таз** напоминает по форме и строению таз малолетних девочек. Крылья подвздошных костей более отвесные, лонная дуга узкая, крестец изогнут и расположен отвесно далеко кзади между подвздошными костями. Мыс находится высоко и мало выступает под крестцовой впадиной. Вход в таз имеет круглую форму или даже продольно-овальную.
- **Таз мужского типа.** Встречается у высоких женщин крепкого телосложения с массивными костями скелета. Крылья подвздошных костей стоят круто, лонная дуга узкая, мыс стоит очень высоко. Полость таза воронкообразная.
- **Таз карлиц.** Характеризуется отставанием в развитии костей. Таз обычно пропорционален туловищу.

Плоский таз.

- В нем укорочены прямые диаметры при обычной величине поперечных и косых диаметров.
-
- Различают три разновидности плоских тазов:
 - 1) простой плоский таз – 13,6%;
 - 2) плоскоракхитический таз – 6,5%;
 - 3) таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости – 21,8%.

Простой плоский таз

- характеризуется широкой лонной дугой; более глубоким вдвиганием крестца; в таз без изменения формы и кривизны крестца; все прямые размеры - входа, полости, так и выхода умеренно укорочены.

Плоскоррахитический таз

- является следствием перенесенного рахита. При этом в костях уменьшается количество извести, утолщаются хрящевые прослойки. Давление позвоночника на таз и натяжение мышечно-связочного аппарата приводят к деформации таза: прямой размер входа в таз резко укорочен в результате глубокого вдвигания крестца в таз, мыс выступает в полость таза значительно резче, чем в норме. Крестец уплощен и повернут основанием кпереди, а верхушкой кзади. Копчик клювовидно загнут кпереди. Изменена и форма подвздошных костей: крылья их слабо развиты, гребни развернуты, вследствие чего дистанции *Spinarum* и *Cristarum* почти равны. Лонная дуга широкая, низкая. Прямой размер входа увеличен, поперечный нормальный. Таз уширен, укорочен, уплощен, утончен.

Таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости

- характеризуется уплощением крестца, увеличением его длины, уменьшением прямого диаметра широкой части полости (менее 12 см), отсутствием разницы между прямыми диаметрами входа, широкой и узкой части полости. Рассматривают как стертую форму плоскоррахитического таза.

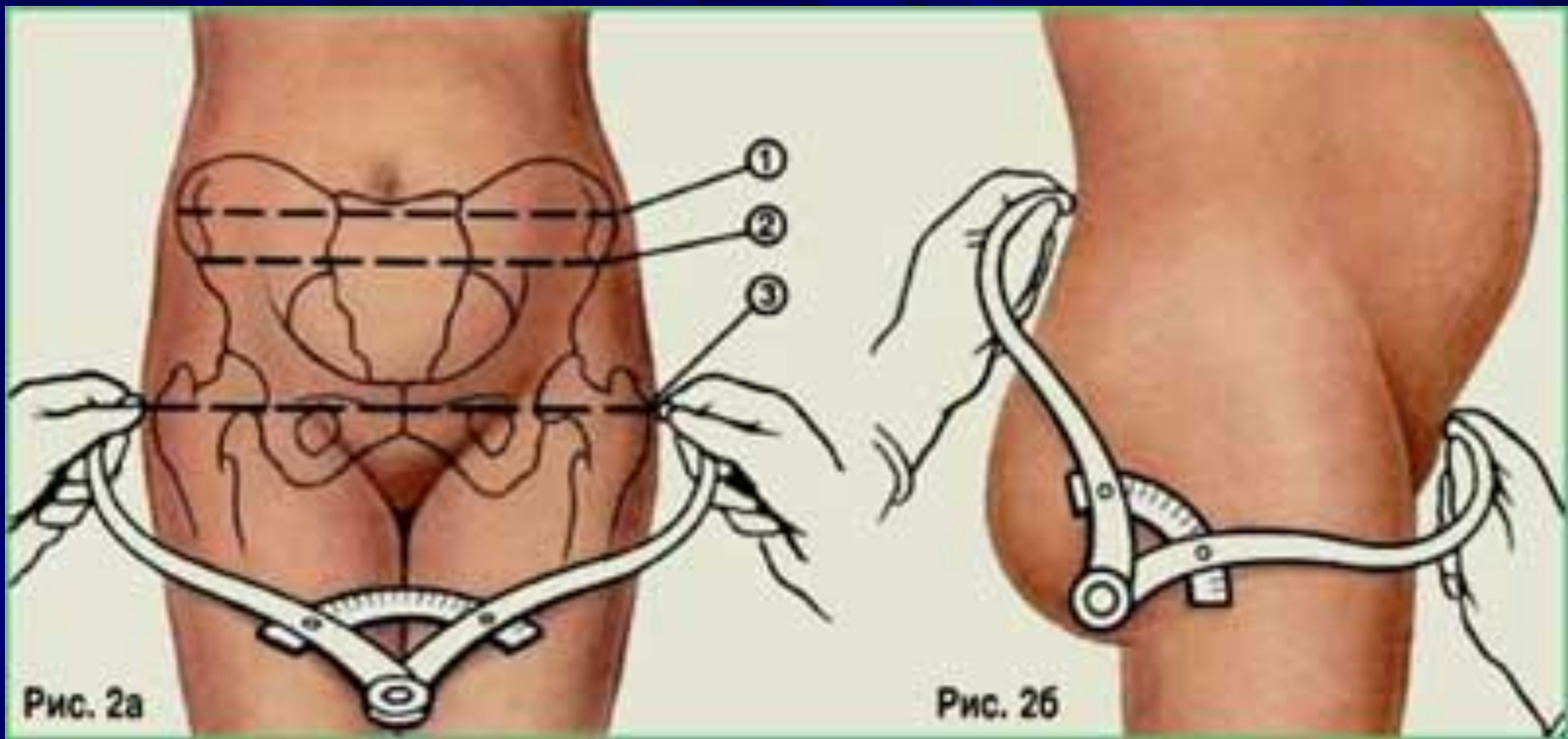
Диагностика узкого таза



Диагноз узкого таза должен устанавливаться в женской консультации при постановке беременной на учет. В амбулаторной карте устанавливают факт узкого таза и составляют план ведения родов. **Запоздалой диагностики узкого таза в женской консультации не должно быть.**

Диагностика узкого таза

1. Данные анамнеза, изучение сведений - об инфекционных заболеваниях, способствующих задержке развития организма девочки, возникновению инфантилизма и формированию узкого таза. Следует выяснить, не перенесла ли беременная в детстве рахит, туберкулез костей таза и суставов, травму костей таза и нижних конечностей с последующей хромотой.
2. Сведения о предшествующих родах (длительность родов, слабость родовой деятельности, оперативные вмешательства, травмы плода и матери, масса тела новорожденных, состояние здоровья детей в дальнейшем).
3. Объективные методы исследования. При осмотре оценивают общее физическое развитие беременной, пропорциональность телосложения, изменения со стороны скелета, признаки общего и генитального инфантилизма, определяют ее рост и массу тела.



4. Определение наружных размеров большого таза позволяет получить косвенное представление о его форме и является обязательным при обследовании беременных, которое включает: *distantia spinarum*, *distantia cristarum*, *distantia trochanterica*, *conjugate externa*.

ПРИМЕРНЫЕ НАРУЖНЫЕ РАЗМЕРЫ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ФОРМ УЗКОГО ТАЗА (см)

Форма таза	Distantia spinarum	Distantia cristarum	Distantia trochanterica	Conjugata externa	Conjugata diagonalis
Поперечносуженный	23	26	29	20	13
Простой плоский	26	29	31	18	11
Равномерносуженный	24	26	28	18	11
Плоскоррахитический	26	26	31	18	11



5. При вагинальном исследовании измеряют диагональную конъюгату (12,5-13 см). Акушерская конъюгата – с. vera (от размеров диагональной конъюгаты отнимают 1,5-2 см).
6. Истинная конъюгата рассчитывается:
 - по диагональной конъюгате;
 - по наружной конъюгате;
 - по вертикальному размеру ромба Михаэлиса;
 - с помощью рентгенопельвиометрии;
 - по данным УЗИ.
7. Емкость малого таза зависит от толщины его костей, которую косвенно определяют путем измерения окружности лучезапястного сустава с вычислением индекса Соловьева (13,5-15,5 см).
8. Ромб Михаэлиса (в норме – 11 x 10 см).

- 9 Прямой размер выхода малого таза (9,5 см).
- 10 Поперечный размер выхода малого таза (11 см).
- 11 Лонный угол (90°-100°).
- 12 Наружные косые размеры таза.
- 13 Боковая конъюгата (расстояние между передне- и задне-верхней остью подвздошной кости с одной стороны) – 15 см.
- 14 Расстояние от передне-верхней ости с одной стороны до задне-верхней ости с другой стороны (21-22 см).
- 15 Расстояние от середины верхнего края симфиза до задне-верхних остей справа и слева (17,5 см); разница в размерах свидетельствует об ассиметрии таза.
- 16 Расстояние от надкрестцовой ямки до передне-верхних остей с обеих сторон.
- 17 Окружность таза на уровне гребней подвздошных костей (85 см); то же на уровне больших вертелов (90 – 95 см).

18. **Высота стояния дна матки; окружность живота.**
19. **Диаметр головки плода (12 см).**
20. **Лонно-крестцовый размер (расстояние от середины симфиза до места сочленения 2 и 3 крестцовых позвонков – точка, расположенная на 1 см ниже пересечения диагоналей ромба Михаэлиса, - 22 см); уменьшение этого размера на 2-3 см сопровождается уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза.**
21. **Рентгенопельвиометрия позволяет определить все диаметры малого таза, форму, наклон стенок таза, форму лонной дуги, степень кривизны и наклон крестца. Рекомендуется производить в 38-40 нед. беременности или перед началом родовой деятельности.**
22. **Ультразвуковое исследование – УЗИ, используется для диагностики анатомически узкого таза и дает возможность получить величину истинной конъюгаты и бипариетального размера головки плода, их соотношение.**

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

- **Особенности о которых должен знать акушер:**
 1. У первородящих вследствие несоответствия между тазом и головкой последняя не вступает в таз и остается подвижной над входом в течение всей беременности и в начале родов. Высота стояния дна матки накануне родов остается на прежнем уровне.
 2. У первородящих женщин при узком тазе к концу беременности живот имеет остроконечную форму, а у повторнородящих - отвислую.
 3. Аномалии костного таза являются частыми причинами неправильного положения плода - косого, поперечного и тазового предлежания плода, также неблагоприятного вставления головки – разгибательного.

4. Преждевременное (дородовое) излитие вод – одно из частых и серьезных осложнений беременности при узком тазе. Связано с отсутствием пояса соприкосновения - головка стоит высоко, она не касается тазового кольца, поэтому воды не разделяются на передние и задние - вся масса в начале родов под нарастающим маточным давлением изливается.
5. Выпадение пуповины и мелких частей плода - при излитии околоплодных вод и подвижной головки. Приводит к развитию острой гипоксии плода и его гибели, если головка прижмет пуповину к стенке таза. В этих случаях спасти ребенка может только экстренное кесарево сечение (интранатальная смертность среди новорожденных в этих случаях составляет 60-70%).
6. При узком тазе роды часто осложняются слабостью родовой деятельности.
 - во-первых, у женщин с узким тазом имеется гормональная недостаточность, половой инфантилизм;
 - во-вторых, роды носят затяжной характер, что приводит к утомлению роженицы, истощению энергетических ресурсов и развитию вторичной слабости родовой деятельности.

7. Травматизм матери. Длительное сдавление головкой плода мочевого пузыря и прямой кишки может привести к формированию мочеполовых и кишечно-половых свищей (на 6-7 сутки). Сдавление шейки матки может привести к отеку, некрозу, глубоким разрывам.
8. Отсутствие поступательного движения плода при продолжающейся интенсивной родовой деятельности, приводит к постепенному истончению нижнего сегмента и возникновению угрожающего разрыва матки.
9. При затяжном течении родов с длительным безводным промежутком значительно возрастает опасность развития эндометрита, хориоамнионита, восходящего инфицирования плода.

10. Осложнения со стороны плода. Головка плода конфигурирует медленно, подолгу задерживается в различных плоскостях малого таза, что вызывает нарушение мозгового кровообращения, отек, увеличение объема головки, образование кефалогематом, субдуральных и субарахноидальных кровоизлияний. При дальнейшем развитии ребенка в этих участках образуется рубцово-спаечный процесс, приводящий к возникновению отклонений в нервно-психической сфере и физическом развитии вплоть до развития гидроцефалии, гиперкинезов, эпилепсии и слабоумия. Более того при глубоких, необратимых нарушениях функции мозга может сформироваться детский церебральный паралич.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

- **Общепризнанна - активно-выжидательная тактика ведения родов, определяется индивидуально с учетом всех данных объективного исследования, степени сужения таза и прогноза для роженицы и плода.**

Роды через естественные родовые пути могут протекать:

- **нормально;**
- **с затруднениями, но заканчиваться благополучно при оказании правильной помощи;**
- **с осложнениями, опасными для жизни матери и плода.**

При I и II степени сужения таза роды возможны.

При нормальных размерах таза крупным плодом следует считать плод массой 4 кг, при сужении таза крупным плодом следует считать плод массой 3700 г.

- **При II степени сужения таза роды доношенным плодом в отдельных случаях возможны, однако с высоким риском для жизни плода и здоровья матери. Главным образом осуществимость родов через естественные родовые пути зависит от размеров головки плода, т.е. клинического соответствия.**
- **При III и IV степени сужения таза роды через естественные родовые пути невозможны.**
- **Женщины, имеющие в анамнезе переломы костей таза, должны рожать только путем операции кесарева сечения в плановом порядке.**

При любых родах проводится функциональная оценка таза.

- Выявление особенностей вставления и биомеханизма родов при данном вставлении.
- Оценка конфигурации головки.
- Определение родовой опухоли на головке, скорость ее появления и увеличения.
- Оценить признак Вастена и Цантгейстера - определяются при отошедших околоплодных водах.

- **Симптом Вастена определяется пальпаторно, Определение соотношения головки и входа в малый таз. В норме головка вставляется в малый таз и ниже лонного сочленения (отрицательный признак Вастена), то при клинически узком тазе головка нависает над лонным сочленением. Признак Вастена вровень - уровень головки и лона на одном уровне.**
- **Симптом Цантгейстера - определение наружной конъюгаты с помощью тазомера, затем одна пуговка переставляется на головку, если головка нависает то второе измерение больше чем наружная конъюгата. Если головка в полости малого таза, то второе измерение меньше первого. При симптоме вровень - первый и второй замер равны.**

Различают 3 степени несоответствия при клинически узком тазе:

1 степень – относительное несоответствие:

- Правильное вставление головки и правильный биомеханизм родов;
- Хорошая конфигурация головки;
- Хорошая родовая деятельность;
- Признак Вастена отрицательный.

2 степень несоответствия:

- Особенности вставления головки и биомеханизма родов отличаются от нормальных;
- Резко выраженная конфигурация головки;
- Длительное стояние головки в одной плоскости;
- Аномалии родовой деятельности (чаще всего слабость родовой деятельности, реже дискоординированная родовая деятельность, ложные потуги);
- Признак Вастена – вровень;

- **3 степень – абсолютное несоответствие:**
- Отсутствие продвижения головки при резко выраженной конфигурации и бурной родовой деятельности;
- Нарастание родовой опухоли при прижатой головке;
- Признак Вастена – положительный.
- В настоящее время несоответствие 2-3 степени являются показаниями для операции кесарева сечения.

ПРИЧИНЫ НЕСООТВЕТСТВИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА И ТАЗА РОЖЕНИЦЫ

- Небольшая степень сужения таза и крупный плод (60%).
- Неправильное вставление головки — высокое прямое стояние стреловидного шва, переднеголовное или лобное вставление (23%).
- Крупные размеры плода при нормальных размерах таза (10%).
- Редкие анатомические изменения таза — посттравматические изменения, опухоли (7%).
- Недостаточная конфигурация головки при перенесенной беременности.
- Различные формы узкого таза, его анатомические изменения обуславливают соответствующие особенности биомеханизма родов.

Биомеханизм родов при общеравномерносуженном тазе имеет

следующие особенности.

- Длительное стояние головки стреловидным швом в одном из косых размеров входа в малый таз в состоянии максимального сгибания.
- Проводной точкой является малый родничок, расположен по проводной оси таза.
- Клиновидной вставление головки, она принимает выраженную долихоцефалическую форму (вытягивается в сторону малого родничка).
- Выраженная конфигурация головки и препятствие со стороны всех плоскостей таза приводит к замедленному продвижению плода, утомлению роженицы и опасности развития нарушения мозгового кровообращения плода.
- Внутренний поворот головки начинается в плоскости узкой части и завершается в выходе таза врезыванием головки; при этом стреловидный шов переходит в прямой размер, и образуется точка фиксации — подзатылочная ямка. При узкой лонной дуге головка фиксируется под лонными дугами двумя точками.
- Разгибание головки происходит в выходе таза прорезыванием и рождением головки.
- Внутренний поворот плечиков происходит как обычно.

Биомеханизм родов при простом плоском и плоскоррахитическом тазе

- Длительное высокое стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа в таз.
- Умеренное разгибание головки во входе в таз, с образованием переднеголовного предлежания и переднего асинклитического вставления. Целесообразность – прохождение головки через уменьшенную истинную конъюгату малого поперечного размера головки (8 см) вместо большого (9,25 см).
- Резкая конфигурация головки, роды идут по типу родов в переднеголовном предлежании: внутренний поворот в задний вид, образование 1-й точки фиксации (надпереносье), сгибание головки и образование 2-й точки (подзатылочная ямка), разгибание головки и ее рождение, внутренний поворот плечиков и рождение плода.
- В полости малого таза из-за уменьшенных прямых размеров его плоскостей ротация головки не происходит и может возникнуть так называемое низкое поперечное стояние стреловидного шва.

Особенности родов:

- К началу родов головка подвижна над входом в таз. Вставление головки стреловидным швом в поперечный (наиболее благоприятный) размер таза.

- Образование асинклитического вставления головки. При переднем асинклитизме, передняя теменная кость опускается ниже задней, находящейся на выступающем мысе. Стреловидный шов располагается ближе к мысу, оставаясь так до появления выраженной конфигурации головки. После этого задняя теменная кость соскальзывает с мыса, головка сгибается. В дальнейшем биомеханизм протекает обычно. Здесь же наблюдается асинклитизм, при котором задняя теменная кость опускается ниже передней, а передняя, опираясь на лонное сочленение, способствует более выраженной и более длительной конфигурации головки, что приводит к родовой травме роженицы и плода.

- Длительное стояние головки во входе в таз (особенно при рахитическом тазе), разгибание головки, ведущая точка - большой родничок.
- При простом плоском тазе она часто остается в состоянии разгибания, и роды идут по типу родов в переднеголовном предлежании: внутренний поворот в задний вид, образование 1-й точки фиксации (надпереносье), сгибание головки и образование 2-й точки (подзатылочная ямка), разгибание головки и ее рождение, внутренний поворот плечика и рождение плода

Особенности биомеханизма родов при плоскорохитическом тазе

Момент биомеханизма	Причина
Долгое высокое поперечное стояние стреловидного шва	Только в поперечном размере достаточно места (во входе в таз наибольший размер - поперечный)
Опускание большого родничка (разгибание головки)	Битемпоральный размер, на котором расположен большой родничок, легче может пройти через суженный прямой размер, чем большой бипариетальный размер (с малым родничком)
Переднетеменное вставление (асинклитизм Негеле)	Вследствие выступания мыса задняя теменная кость задерживается на нем, а передняя теменная кость вступает во вход таза

Синклитическое вставление головки

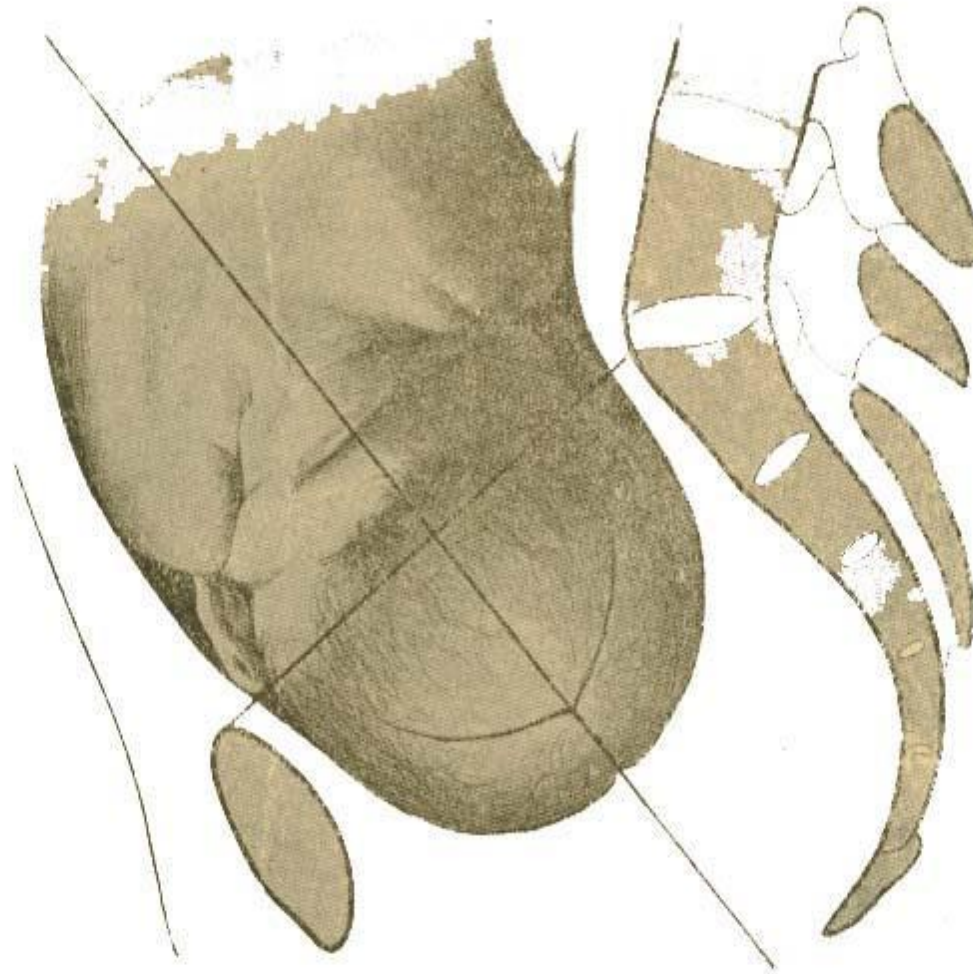


Рис. 182. Синклитическое (achsengerechte) вставление головки.

Задний асинклитизм Litzmann'a

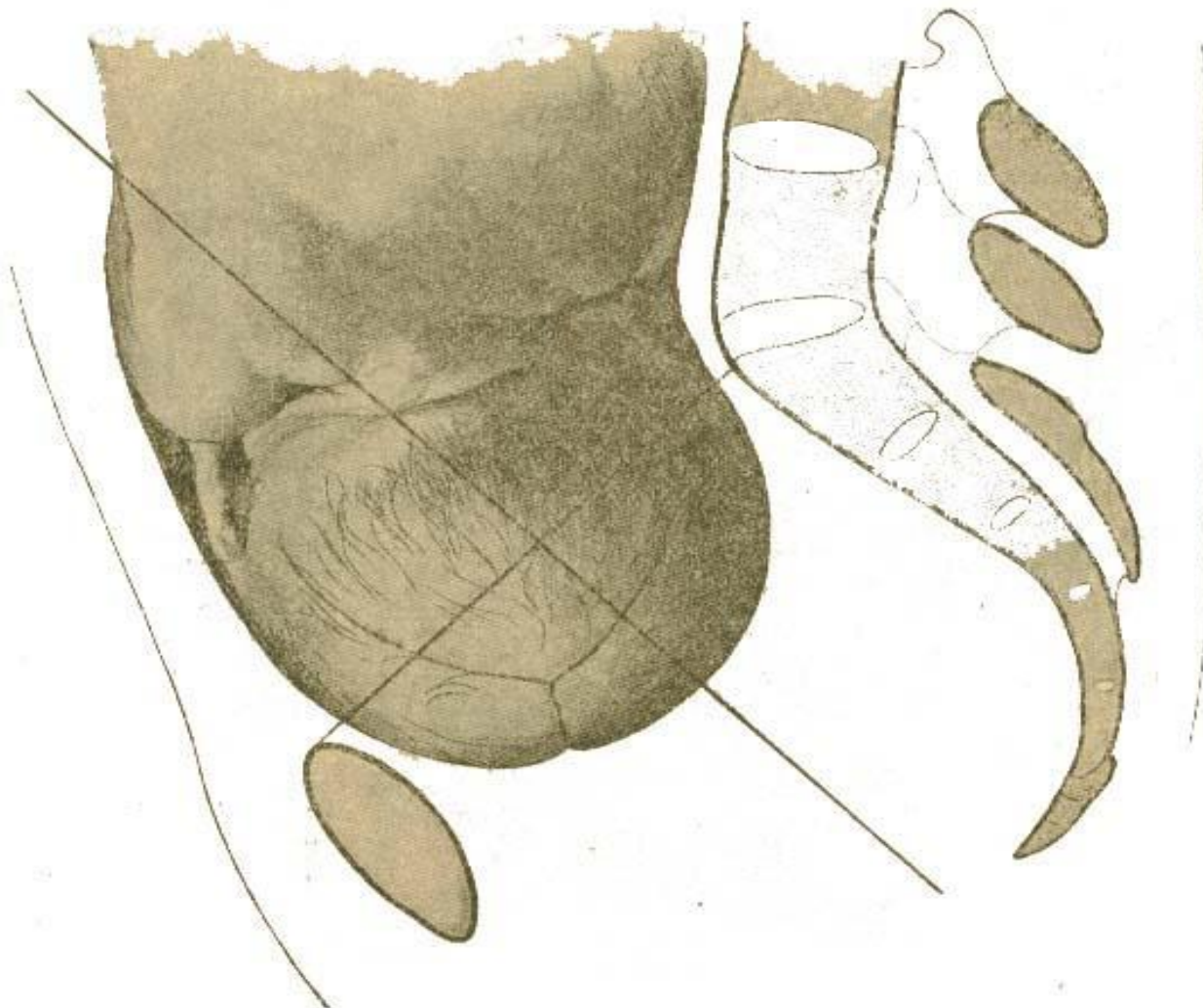


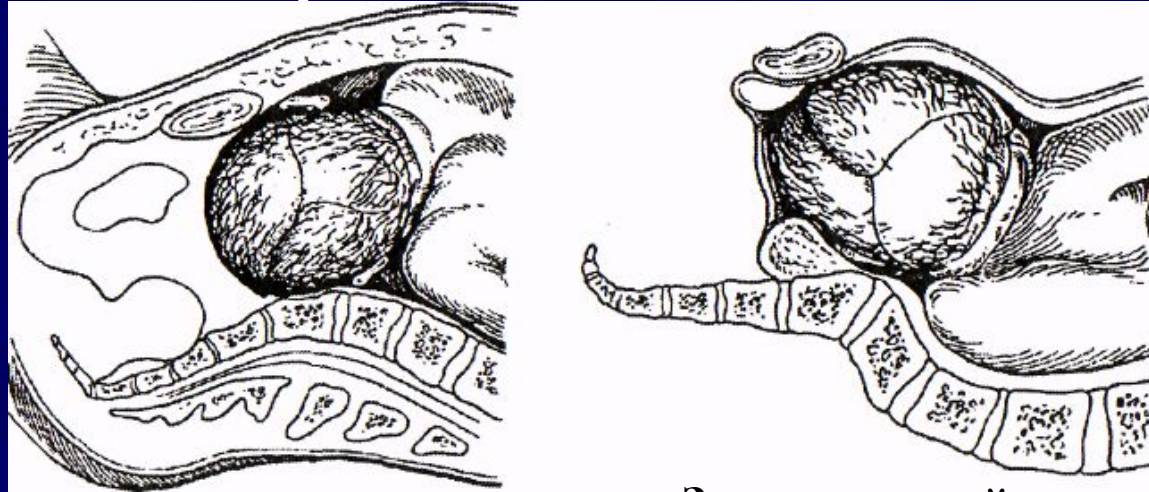
Рис. 183. Задний асинклитизмъ (задне-теменное вставление).

Передний асинклитизм Naegele



Рис. 184. Передний асинклитизмъ (передне-теменное вставление, Naegele'евское наклонение).

Варианты вставления головки при плоскорохитическом тазе



Переднетеменной асинклитизм

Заднетеменной асинклитизм

А. Синклитическое вставление головки.

Б. Асинклитическое вставление головки.

А. Переднетеменной (негелевский) асинклитизм - сагиттальный шов расположен ближе к мысу, вставляется переднетеменная кость.

Б. Заднетеменной (лицмановский) асинклитизм - сагиттальный шов расположен ближе к симфизу.

При родах в переднеголовном предлежании, ввиду длительного стояния головки происходит ее резкая конфигурация и образование родовой опухоли в области большого родничка (брахицефалическая, или башенная, головка), а при асинклитизме - на одной из теменных костей.

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ

- Наибольшие опасности в родах при узком тазе угрожают роженице и плоду во II периоде родов, когда окончательно выявляется клиническое несоответствие между тазом и головкой плода.

Основными осложнениями периода изгнания следует считать:

- слабость родовой деятельности (вторичная);
- разрыв матки в нижнем сегменте при его перерастяжении на фоне несоответствия головки плода и таза при сильной родовой деятельности;
- при длительном стоянии головки в одной плоскости таза возможно ущемление мягких тканей с последующим образованием мочеполовых и кишечно-половых свищей;
- травмы сочленений и нервов таза.
- При длительных родах на головке ребенка возникает большая родовая опухоль, может появиться и кефалогематома.

Во II периоде родов должна быть проведена функциональная оценка таза.

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

- **Клинически узкий таз - это понятие, связанное с процессом родов. К клинически узкому тазу следует относить все случаи несоответствия между головкой плода и тазом роженицы независимо от его размеров. Если в последние годы отмечено снижение частоты встречаемости анатомически узкого таза, особенно выраженных степеней сужения, то частота клинически узкого таза довольно стабильна и составляет 1,3-1,7% случаев. Это связано с увеличением числа родов крупным плодом.**

Причины клинически узкого таза:

- **небольшая степень сужения таза и крупный плод (60%);**
- **неблагоприятное предлежание и вставление головки плода при небольших степенях сужения и нормальных размерах таза (23,7%);**
- **крупные размеры плода при нормальных размерах таза (10%);**
- **резкие анатомические изменения таза (6,1%);**
- **при перенесенной беременности - недостаточная конфигурация головки;**
- **другие причины (0,9%);**

Диагностические признаки клинически узкого таза:

- длительное стояние головки плода в одной плоскости и отсутствие продвижения во II периоде родов;
- выраженная конфигурация головки и родовая опухоль;
- отек шейки матки, наружных половых органов, слизистой влагалища;
- перерастяжение нижнего сегмента и высокое стояние контракционного кольца;
- положительные признаки Вастена, Цангемейстера (только при переднем виде!);
- непроизвольная потужная деятельность и появление симптомов угрожающего разрыва матки.

Признаки клинически узкого

таза, возможно,

диагностировать при:

- открытии шейки матки более 6-8 см;
- отсутствии плодного пузыря;
- опорожненном мочевом пузыре;
- нормальной сократительной деятельности матки;
- при положительных симптомах Вастена и Цангемейстера.

Акушерская тактика при развитии клинически узкого таза - экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения!

Т. О., роды при узком тазе проходят через естественные родовые пути при наличии соответствия головки плода и таза матери.

Если при 6 см раскрытия шейки матки у первородящих женщин головка не оказывается большим сегментом во входе в малый таз, врач обязан ответить на вопрос – почему при хорошем темпе раскрытия маточного зева нет продвижения головки? Ответа может быть два:

1. Имеется слабость родовой деятельности, которой хватает на ретракцию и дистракцию шейки матки, но недостаточно для продвижения головки плода во входе в малый таз. В этом случае необходима коррекция слабости родовой деятельности.
 2. Имеется клинически узкий таз, роды немедленно нужно прекратить и закончить путем операции кесарево сечение.
- **Появление родовой опухоли на головке плода в первом периоде родов служит грозным симптомом клинического несоответствия и если для операции кесарева сечения время еще не упущено, то для здоровья ребенка почти потеряно.**

Показания для планового кесарева сечения.

- Сужение таза III-IV степени.
- Сужение таза I и II степени в сочетании с крупным плодом, тазовым предлежанием, перенашиванием беременности.
- Отягощенный акушерский анамнез: мертворождение в анамнезе, бесплодие.
- Рубец на матке.
- Наличие мочеполовых и кишечно-половых свищей.
- Неправильное положение плода.

- Для обезболивания родов при узком тазе применяют ингаляционные анестетики, широко используют спазмолитические средства. В процессе родов неоднократно проводится профилактика гипоксии плода (глюкоза, сигетин, кокарбоксилаза, кислород). В целях профилактики разрывов промежности и ускорения родов нередко требуется эпизиотомия.
- В конце II периода родов проводится профилактика кровотечения (метилэргометрин внутривенно).
- При возникновении в родах клинически узкого таза родоразрешение осуществляется путем операции кесарева сечения (при живом плоде).
- При сочетании клинически узкого таза с интранатальной гибелью плода производят плодоразрушающую операцию.
- Оперативное родоразрешение проводится также при сочетании узкого таза с другой акушерской или экстрагенитальной патологией, при отягощенном акушерском анамнезе.
- Наложение в родах при узком тазе акушерских щипцов или вакуум-экстракция плода противопоказано!!!

- В последовом и раннем послеродовом периодах при узком тазе нередко возникают кровотечения в связи с нарушением отслойки плаценты, гипотонией матки, что может быть обусловлено не только осложнениями в I и II периодах родов, но и общими этиологическими причинами акушерских кровотечений и узкого таза.
- Поэтому в начале III периода родов должна быть выведена моча катетером, а после выделения последа проведен наружный массаж матки и положен на живот холод на низ живота.
- При отягощенном акушерском анамнезе и угрозе кровотечения необходимо вводить внутривенно капельно окситоцин с глюкозой или с физиологическим раствором в течение 2 час. после родов.
- В позднем послеродовом периоде при неправильном ведении родов при узком тазе могут возникать послеродовые инфекционные заболевания, мочеполовые и кишечно-половые свищи, повреждение сочленений таза.

Профилактические мероприятия в женской

консультации

В женской консультации следует предпринять меры, направленные на;

- диагностику аномалии таза и степени его сужения;
- профилактику развития крупного плода;
- своевременное выявление и лечение фетоплацентарной недостаточности и переношенной беременности;
- корригирующая гимнастика для предотвращения тазового предлежания плода;
- санация родовых путей и очагов «дремлющей» инфекции в связи с возможным оперативным родоразрешением.

- Беременные с узким тазом госпитализируются в стационар за 10-14 дней до предполагаемого срока родов с целью дополнительного обследования, решения вопроса о наиболее рациональном методе родоразрешения.
- Перенашивание беременности при узком тазе категорически противопоказано. В связи с этим, с 38 недель беременности целесообразно приступить к подготовке шейки матки к родам. При недостаточной зрелости шейки матки необходимо использовать интрацервикально препидил гель, содержащий 0,5 мг динопростона (простагландин Е2).
- Плодный пузырь при благоприятном течении родов сохраняют до начала II периода родов.
- Всем детям, родившимся от женщин с анатомически или клинически узким тазом, проводится нейросонография с целью диагностики интранатальных повреждений мозга и их локализации.

- Т.О., в профилактике осложнений, возникающих при узком тазе, ведущая роль принадлежит ранней диагностике аномалий таза, степени его сужения, адекватной оценке клинического несоответствия между размерами головки плода и таза, выбору рациональной акушерской тактики и своевременному оперативному родоразрешению.



Благодарю за внимание!