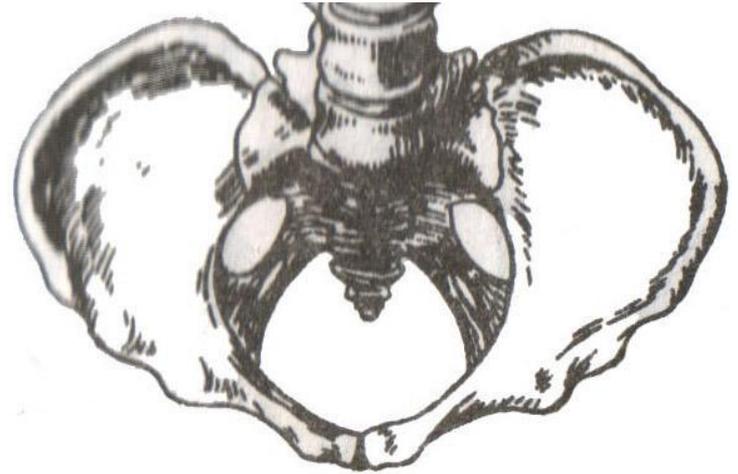

***Узкий и клинически
узкий таз в
современном
акушерстве***



Анатомия нормального таза

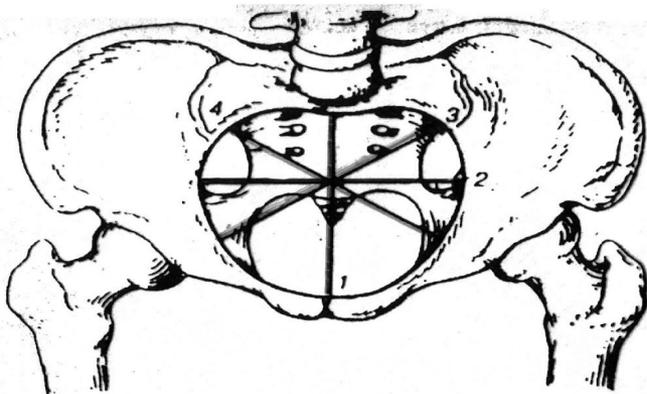


Рис. 1. Размеры входа в таз. 1 — прямой размер, 2 — поперечный размер, 3 — левый косой размер, 4 — правый косой размер

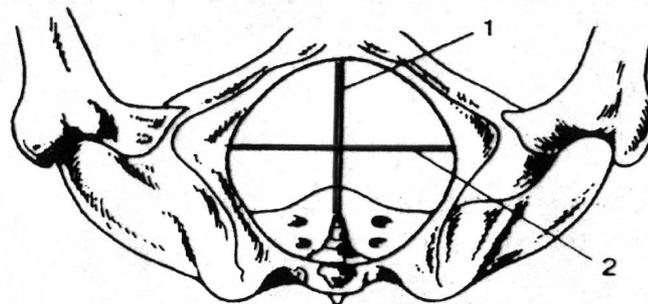


Рис. 2. Размеры выхода таза. 1 — прямой размер, 2 — поперечный размер

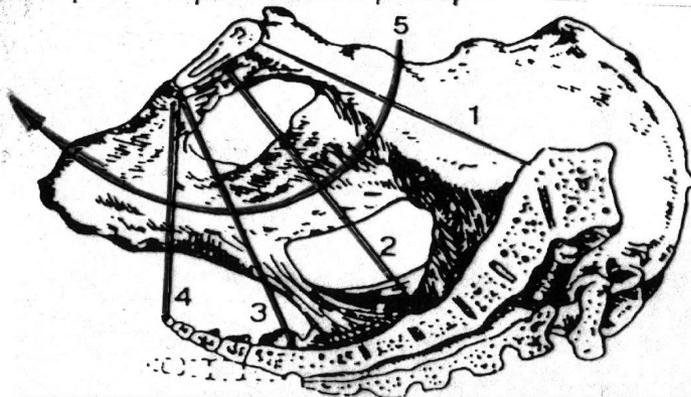
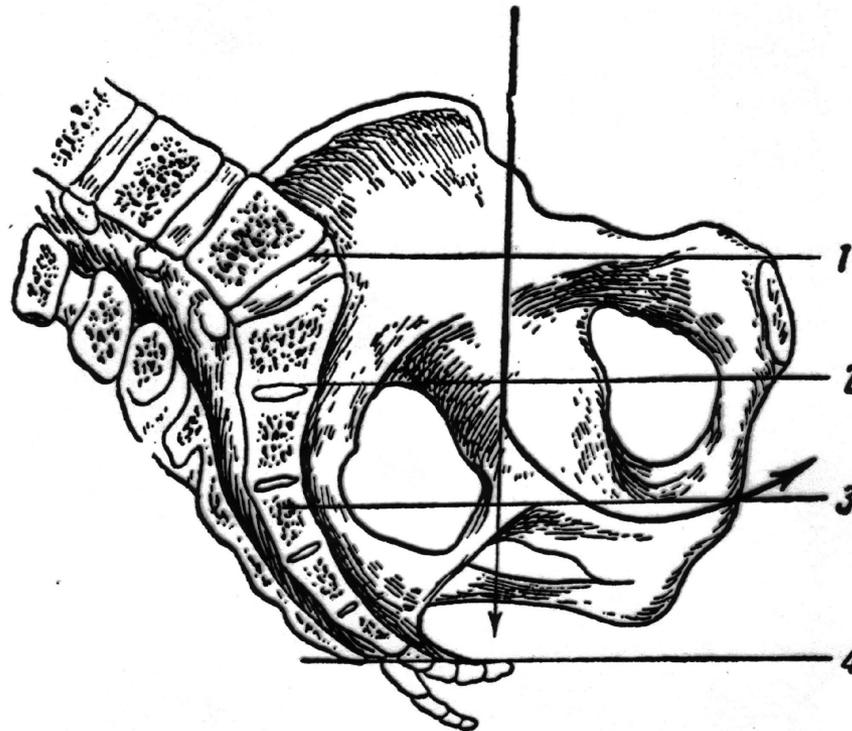


Рис. 3. Плоскости таза. 1 — вход, 2 — широкая часть полости таза, 3 — узкая часть полости таза, 4 — выход, 5 — проводная ось таза

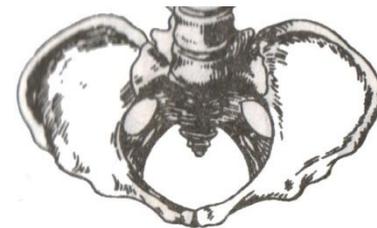
Параллельные плоскости по Годжи



Нормальный женский таз. Параллельные плоскости по Годжи. Ось таза, продолженная из центра входа в таз кверху и книзу.

1—терминальная плоскость; 2—главная (нижне-лонная) плоскость; 3—спинальная плоскость; 4—выходная плоскость.

Нижней границей нормы считаются следующие размеры малого таза:

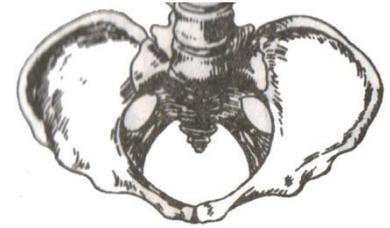


-
- Прямой размер входа – 110 мм
 - Прямой размер широкой части – 125 мм
 - Прямой размер выхода – 95 мм
 - Поперечный размер входа и широкой части
125 мм
 - Межкостный – 105 мм
 - Битуберозный – 115 мм

Определение понятия узкий таз

Анатомически узкий таз – таз, в котором все или хотя бы один из размеров укорочен по сравнению с нормальным на **1,5 – 2 см и более**

Антропометрические данные женщин угрожаемых по наличию узкого таза



- Рост женщины менее 160 см
 - Размер обуви менее 23 (36)
 - Длина кисти менее 16 см
 - Длина 1 и 3 пальцев руки менее 6 см и 8 см соответственно
 - Уменьшение наружных размеров таза и пояснично-крестцового ромба
 - Данные влагалищного исследования
-

Этапы развития учения об узком тазе

1543г. – Андрей Везалий впервые описал нормальный таз и установил, что его кости соединены неподвижно.

1587г. – Аранций описал особенности плоского таза.

1701г. - Девентер (Голландия) дал впервые описание женского таза с акушерской точки зрения;

- описал общесуженый и плоский тазы;**
 - впервые указал на особенности исходов родов в зависимости от формы и степени сужения таза;**
 - впервые указал на неблагоприятный исход родов в зависимости от формы таза;**
 - впервые указал на неблагоприятное влияние при этом на головку плода ее чрезмерного сжатия.**
-

Этапы развития учения об узком тазе

1747 – 1753гг. – Левре (Франция) описал рахитический таз:

- ввел понятие «тазовой вход»;
 - описал проводную ось таза;
 - предложил различать 3 размера входа в таз – большой, средний и малый.
-

Этапы развития учения об узком тазе

1751г. – Смелли (Англия)

- ❑ предложил измерять диагональную конъюгату, по которой вычислял истинную;
- ❑ уменьшение истинной конъюгаты до 3 дюймов (7,6 см) считал невозможным для самостоятельного родоразрешения живым плодом;
- ❑ описал вдавления на головке плода при узких тазах; впервые стал пользоваться расположением швов и родничков для определения характера вставления головки.

1753г. – Редер (Германия) описал биомеханизм родов при общеравномерно суженном тазе.

1775г. – Штейн (Германия)

- ❑ описал остекомалатический таз;
- ❑ предложил тазомер для измерения диагональной конъюгаты и клизометр для определения угла наклона таза;
- ❑ выделил 6 степеней сужения таза и зависимость от них прогноза исхода родов.

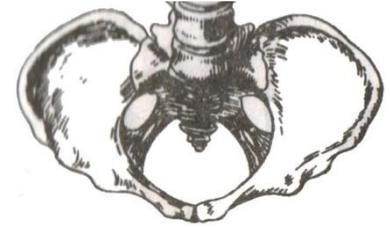
Этапы развития учения об узком тазе

- **1789г, - Максимович- Амбодик (Россия)** издал классический труд «Искусство повивания или наука о бабьичьем деле», в котором дал характеристику общесуженного таза мужского типа, плоского таза и его разновидностей, поперечно-, кососуженного и суженного опухолями тазов.
- **1810г. – Боделок (Франция)** придавал значение измерению длинны крестца и наружных размеров костного таза; предложил тазомер; предложил метод измерения наружной конъюгаты, которая была названа его именем; изучал влияние узких тазов на головку плода и считал характерным наличие большой родовой опухоли и отека мягких родовых путей.
- **1857г.- А.П.Матвеев и А.А. Китер (Россия)** предложили выделять 3 степени сужения таза, причем границей считали уменьшение истиной конъюгаты до 8,5 – 9,5см.
- **Лицман (Германия)** предложил выделять 4 степени сужения таза; предложил классификацию в зависимости от формы таза (у.т. без отклонения от нормальной формы и с отклонением от нормы); описал биомеханизм родов при общесуженном плоскорахитическом тазе.

Этапы развития учения об узком тазе

- **А.Я.Красовский** издал руководство по оперативному акушерству с включением учения об узких тазах.
 - **1951г.- Кирхгоф и Лемахер (Германия)** на основании рентгенопельвиографии предложил выделять, так называемый, длинный таз, характеризующийся высоким стоянием мыса (по отношению к симфизу), наличием двойного мыса, уплощением крестца, удлинением таза до 15 см.
 - **1955г - М.С.Малиновский (СССР)** написал руководство по « Оперативному акушерству», в котором дал подробное описание всем разновидностям узких тазов и описание особенностей боимеханизма родов при них.
 - **1967г. – Р.И.Калганова** написала монографию об узких тазах и ввела понятие «клинически узкого» таза.
-

Группы риска по наличию анатомически узких тазов



- Частые инфекционные заболевания
 - Значительные психофизические нагрузки в пубертатном возрасте
 - Нарушения менструальной функции
 - Нарушения генеративной функции
 - Заболевания костной системы
 - Травмы малого таза
-

Классификация узких тазов

(по уменьшению истинной конъюгаты)

I степень – истинная конъюгата 8 – 10 см.

II степень – истинная конъюгата 6 - 8 см.

III степень – истинная конъюгата менее 6 см

по Малиновскому

Легкая

Резкая

Абсолютная

Классификация узких тазов

(по форме)

I Часто встречающиеся тазы

- Общеравномерносуженный
- Поперечносуженный
- Плоский простой таз
- плоскоррахитический

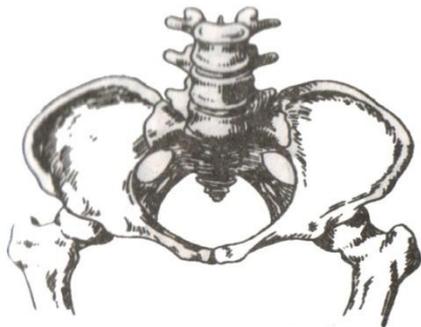
II Редко встречающиеся тазы

- Общесуженный плоский
 - Кососмещенный
 - Воронкообразный
 - Инфантильный
 - Кифотический
 - Спондилолистетический
 - Таз с экзостозами и опухолями
 - Остеомалятический
 - другие
-

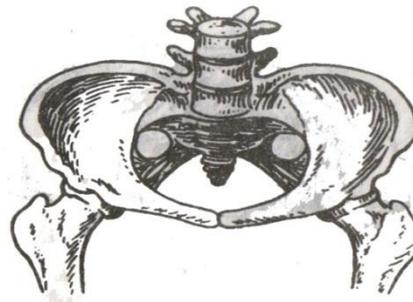
Ориентировочные размеры узкого таза

Формы таза	Размеры, см					
	<i>Distancia spinarum</i>	<i>Distancia cristarum</i>	<i>Distancia trochanterica</i>	<i>Conjugata externa</i>	<i>Conjugata diagonalis</i>	<i>Conjugata vera</i>
Нормальный	25-26	28-29	30-31	20	12,5-13	11
Общеравномерно-суженный	24	26	28	18	11	9
Поперечносуженный	24	25-26	28-29	20	12,5	11,5
Простой плоский	26	29	30	18	11	9
Плоскоррахитический	26	26	31	17	10	8
Общесуженный плоский	24	25	27	16	9	7

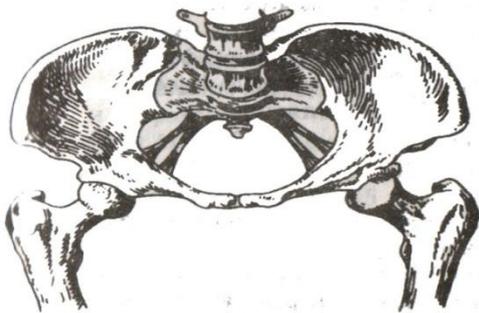
Некоторые виды узких тазов



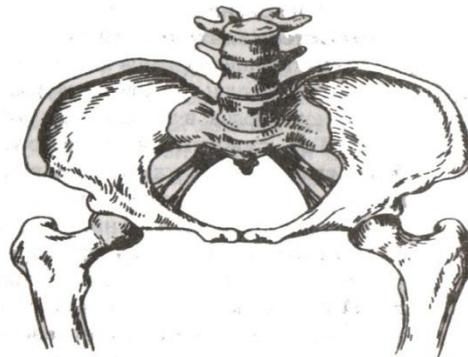
Общеравномерносуженный таз



Простой плоский таз



Плоскорихитический таз



Общесуженный плоский таз

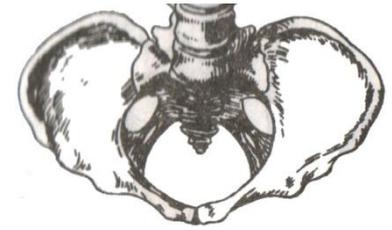
Характеристики основных типов таза

Характеристика	Типы тазов			
	Гинекоидный	Андроидный	Антропоидный	Платипелоидный
Прямой размер входа в таз (истинная конъюгата)	11 см	11 см	12 см	10 см
Поперечный размер входа в таз	12 см	12 см	<12 см	12 см
Ширина	широкий	узкий	узкий	широкий
Боковые стенки	прямые	сходятся	расходятся	прямые
Седалищные ости	Не выступают	выступают	Не выступают	Не выступают
Крестцово-седалищная вырезка	средняя	узкая	широкая	узкая
Наклон крестца	умеренная	Вперед (нижняя треть)	назад	вперед
Лонная дуга	широкая	узкая	средняя	широкая
Поперечный диаметр выхода	10 см	<10 см	10 см	10 см

Особенности течения беременности у женщин с узким тазом

- **Подвижная предлежащая часть плода накануне родов**
 - **Высокое стояние дна матки**
 - **Отвислый или остроконечный живот**
 - **Часто неправильные положения и предлежания плода**
 - **Тяжелое течение беременности (одышка, отеки, преэклампсия и др.)**
-

Наиболее частые осложнения родов при узком тазе



- Несвоевременное отхождение вод (до 45%)
 - Аномалии родовой деятельности (20%)
 - Неправильные вставления головки
 - Выпадение петель пуповины
 - Родовой травматизм у плода и у матери
 - Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - Острая гипоксия плода (23%)
 - Клинически узкий таз (до 11%)
 - Дистоция плечиков (5%)
-

Неблагоприятные факторы для прогноза родов

- Высокое расположение предлежащей части плода при доношенной беременности (при отсутствии многоводия)
 - «Незрелость» шейки матки
 - Хронический дистресс плода
 - Перенашивание беременности
 - Крупный плод
 - Неблагоприятные исходы предыдущих родов
-

Диагностика узкого таза

- Измерить параметры большого таза
 - Измерить диагональную конъюгату
 - Вычислить истинную конъюгату
 - Измерить размеры выхода малого таза
 - Определить размеры и форму поясничного ромба (ромба Михаэлиса)
 - Определить индекс Соловьева
 - Определить костные размеры таза
 - Измерить высоту лонного сочленения (в норме 4 – 5 см) и лонного угла
 - Измерить лонно-крестцовый размер (в норме 22 см) от середины симфиза до сочленения 2-3 крестцовых позвонков
 - Измерить окружность живота
 - Измерить высоту стояния дна матки
-

Определение клинически узкого таза

Клинически узким тазом называют все случаи функционального несоответствия между головкой плода и тазом матери независимо от его размера

Факторы риска возникновения клинически узкого таза

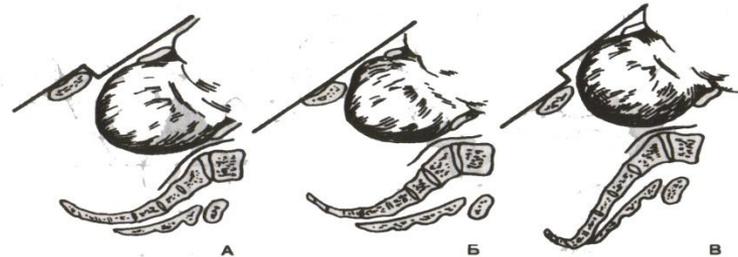
- анатомически узкий таз;**
 - крупный плод;**
 - разгибательные предлежания
головки плода;**
 - переношенная беременность;**
 - гидроцефалия у плода;**
 - опухоли и пороки развития плода;**
 - опухоли и пороки развития таза
матери;**
 - опухоли органов малого таза.**
-

Условия диагностики клинически узкого таза

- Открытие маточного зева до 8 см**
 - Отсутствие плодного пузыря**
 - Опорожненный мочево́й пузырь**
 - Нормальная сократительная
деятельность матки**
-

Диагностические признаки клинически узкого таза

- симптом Вастена вровень или положительный



Признак *Вастена*. А — отрицательный, Б — вровень, В — положительный

- долгое стояние головки плода в плоскости входа в малый таз;
 - высокое расположение контракционного кольца;
-

Диагностические признаки клинически узкого таза

(продолжение)

- ❑ **симптомы сдавления мочевого пузыря;**
 - ❑ **плохое прилегание шейки матки к предлежащей головке плода;**
 - ❑ **отек шейки матки с возможным распространением на влагалище и наружные половые органы;**
 - ❑ **появление потуг при высоком расположении головки плода;**
 - ❑ **отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и нормальной родовой деятельности.**
-

Акушерская тактика

- **NB!** При наличии признаков клинически узкого таза показано немедленное родоразрешение путем операции кесаревого сечения.
 - **NB!** Если плод погиб, родоразрешение проводится путем плодоразрушающей операции.
 - **NB!** Акушерские щипцы при клинически узком тазе противопоказаны.
 - **NB!** При наличии факторов риска возникновения клинически узкого таза следует особое внимание уделять ведению партограммы.
-

Факторы риска дистоции плечиков

- ❑ Узкий таз (50%)
 - ❑ Крупный плод (46%)
 - ❑ Ожирение (40%)
 - ❑ Дистоция плечиков в анамнезе (12%)
 - ❑ Возраст роженицы старше 30 лет (38%)
 - ❑ Слабость родовой деятельности (29%)
 - ❑ Эндокринные нарушения (5%)
 - ❑ Наложение акушерских щипцов и вакуум-экстрактора
-

Алгоритм ведения родов во втором периоде при дистоции плечиков

- 1. Роды ведут 2 врача акушера-гинеколога, анестезиолог, неонатолог-реаниматолог**
 - 2. Обязательное рассечение промежности под адекватным обезболиванием (срединно-латеральная эпизиотомия)**
 - 3. Захват головки плода двумя руками в щечно-височных областях, осторожное потягивание головки книзу пока под лоно не подойдет переднее плечико. Ассистент осуществляет умеренное давление рукой над лобком. Затем головка приподнимается кпереди и освобождается заднее плечико**
 - 4. Максимальное сгибание бедер роженицы в тазобедренных и коленных суставах и отведение их в сторону живота**
-

Алгоритм ведения родов во втором периоде при дистоции плечиков (продолжение)

- 5.** Одноименной рукой акушер захватывает, сгибает и выводит заднюю ручку плода, затем выводится переднее плечико
- 6.** Акушер рукой, введенной во влагалище, смещает переднее плечико в сторону грудки и кзади. Ассистент в это время производит умеренное давление на дно матки и в надлобковой области кзади и латерально в сторону живота матери
- 7.** Акушер рукой, введенной под заднее плечико плода, поворотом на 180 град. Переводит его в переднее и оно извлекается.

NB! ~~Все ручные манипуляции выполняются~~
последовательно по мере увеличения сложности исполнения

Профилактика акушерских осложнений

- ❑ **Здоровый образ жизни**
 - ❑ **Контроль за развитием и здоровьем девочек**
 - ❑ **Рациональное питание при беременности**
 - ❑ **Определение риска осложнений в родах**
 - ❑ **Выбор адекватного способа родоразрешения**
-



***Благодарю
за
внимание***





