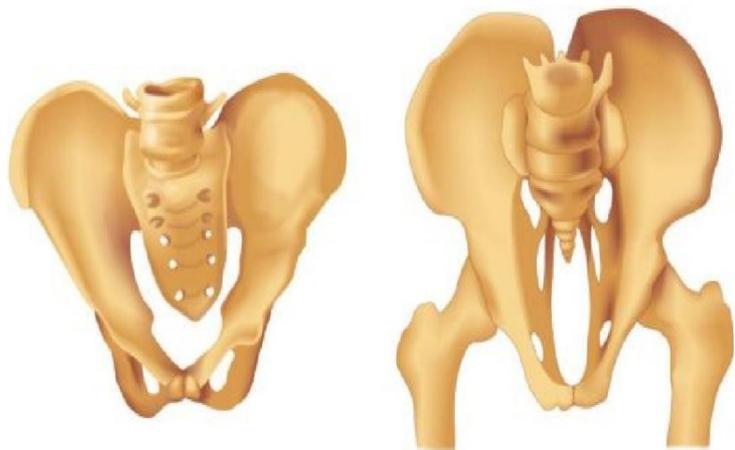




Медицинская академия имени С.
И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
Кафедра акушерства, гинекологии и
перинатологии № 1



Клинически узкий таз. Крупный плод.

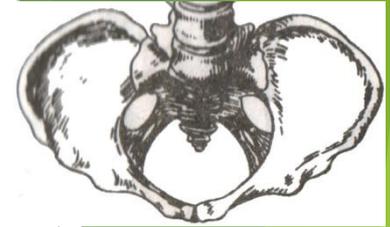


Выполнила:
студентка 5-го курса
Белая В.А.

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 общеравномерносуженном тазе.

1775г. - Штейн (Германия)

- описал остеокомалятический 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 суженого 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.

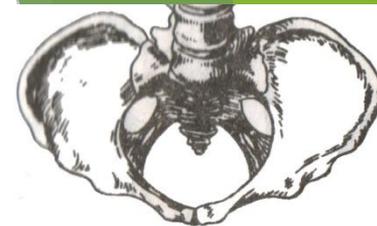
▶ 1857г.- А.П.Матвеев и А.А. Китер (Россия) предложили выделять 3 степени сужения таза, причем границей считали уменьшение истиной конъюгаты до 8,5 - 9,5 см.

▶ 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 плоскорихитическом 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, характерезующийся 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
- ▶ плоскорахитический

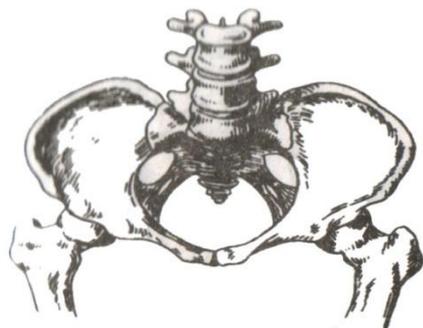
II Редко встречающиеся тазы

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

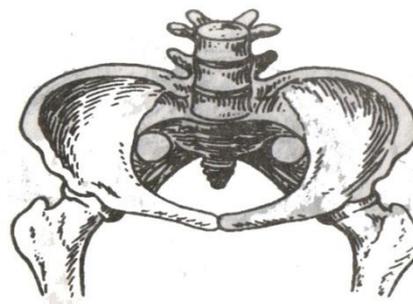
Ориентировочные размеры узкого таза

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

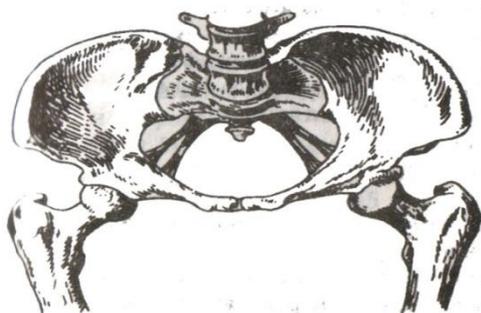
Некоторые виды узких тазов



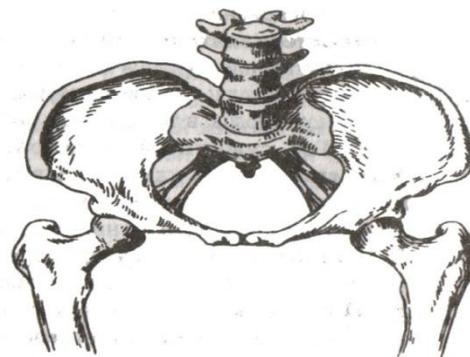
Общеравномерносуженный таз



Простой плоский таз



Плоскоррахитический таз



Общесуженный плоский таз

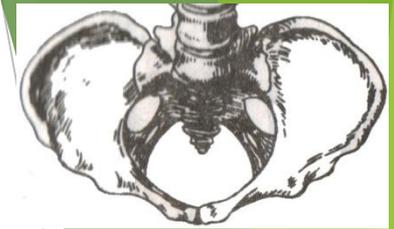
Характеристики основных типов таза

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 мочевой 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 contractionного 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.
- ▶ 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



*Спасибо за внимание!
Будьте здоровы!*

