

Особенности ведения родов при аномалиях таза

ЛЕКЦИЯ №7

Узкий таз

Анатомически

Один или более размеров таза уменьшен на 1,5-2 см по сравнению с нормой

Узкий таз

- Размер истинной конъюгаты <11 см

Клинически

Несоответствие между размерами плода и тазом роженицы независимо от размеров последнего

Классификация

Часто встречающиеся формы

- Поперечносуженный
- Плоский
 - Простой
 - Плоскорихитический
 - Уменьшен прямой размер широкой части
- Общеравносерносуженный

Редко встречающиеся формы

- Кососмещенный/кососуженный
- Таз суженный экзостозами и т.п.
- Другие формы таза
 - Ворнообразный, кифотический и т.п.
- Таз суженный из-за опухолей органов малого таза

Классификация по степени сужения

I степень

- Истинная конъюгата – 10,5-9,1

II степень

- 9,0 – 7,6

III степень

- 7,5 – 6,6

IV степень

- <6,5

Диагностика

Антрометрия

Форма ромба Михаэлиса

Пельвиометрия

Влагалищное исследование

Лучевые методы

- Рентгенопельвиометрия
- МРТ органов малого таза

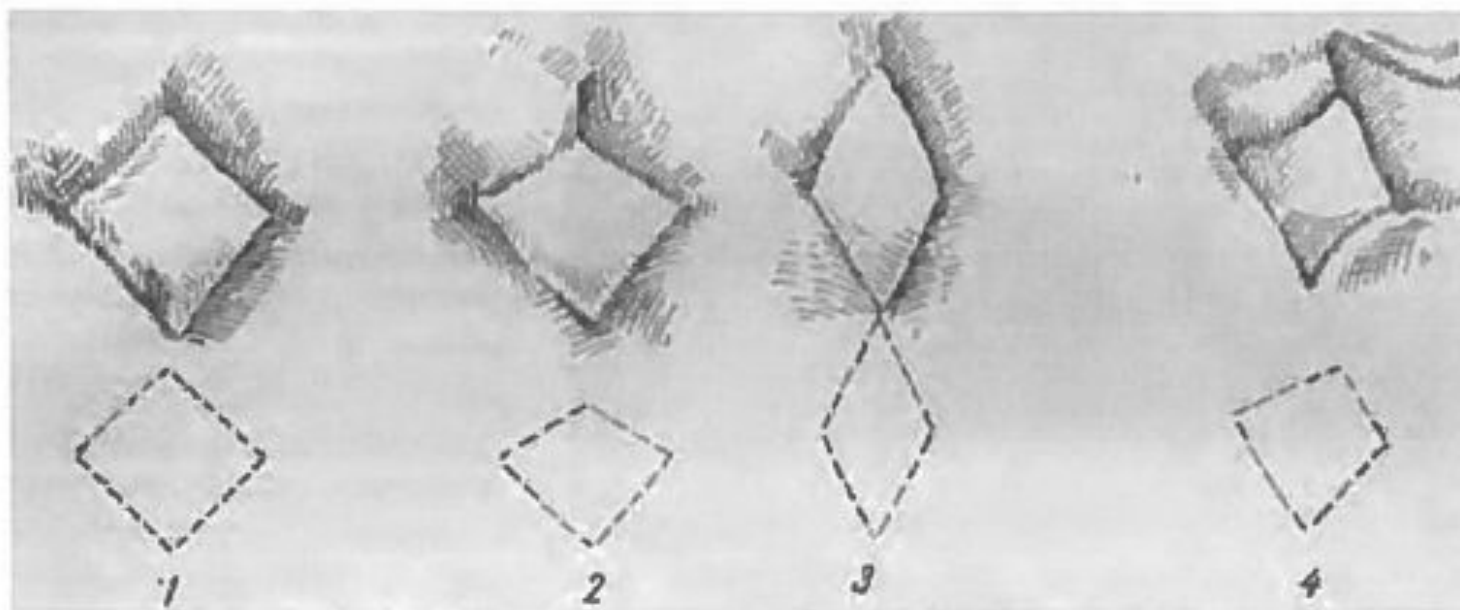


Рис. 1. Формы крестцового ромба при различных вариантах строения таза: 1 – нормальный таз; 2 – плоский таз; 3 – поперечносуженный таз; 4 – кососуженный таз [3].

Поперечносуженый таз

Роды могут закончиться *per vias naturales* только в случае переднего вида предлежания плода

Задний вид формирует клиническое несоответствие II степени

Биомеханизм родов

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 асинклитическим расположением стреловидного шва и опусканием чаще заднетеменной кости

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 новорождённого располагается в области стреловидного шва, смещаясь больше на одну из теменных костей, и делает её ассиметричной

Простой плоский таз

Роженицу уложить на сторону,
противоположную позиции плода

Во втором периоде родов пациентке
придают

- позу Микеладзе, если в таз опускается заднетеменная кость
- Положение Вальхера, если опускается преднетеменная

Профилактика разрыва промежности в
родах

- Правосторонняя центрально-латеральная перинеотомия

Биомеханизм родов

Разгибание головки и длительное её стояние над входом в таз стреловидным швом в поперечном размере

Головка конфигурируется и вставляется во вход в таз одной из теменных костей, то есть происходит асинклитическое вставление

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

Плоскоррахитический таз

Длительное стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере

Умеренное разгибание головки: большой родничок устанавливается на одном уровне с малым или ниже его, головка проходит через истинную конъюгата малым поперечным размером

Асинклитическое вставления головки

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

Продвижения головки во втором периоде родов происходит очень быстро (штурмовые роды)

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

Прогнозирование исхода родов при анатомически узком тазе

I степень сужения и ПМ плода <3600

- Естественные роды с функциональной оценкой таза

II степень сужения ПМ плода <3000

- Рекомендовано КС, но при благоприятном вставлении возможны естественные роды

II, III, IV степень сужения ПМ плода >3000

- Плановое КС



Основные признаки клинически узкого таза

- ▶ Длительное стояние головки в плоскостях малого таза
- ▶ Нарушение синхронизации процессов раскрытия шм и продвижения плода
- ▶ Выраженная конфигурация головки
- ▶ Образование большой родовой опухоли
- ▶ Неблагоприятные предлежания и вставления головки
- ▶ Отсутствие продвижения плода при полном раскрытии шм
- ▶ Несоответствие механизма родов форме таза

- ▶ Наличие болезненных схваток
- ▶ Беспокойное поведение роженицы
- ▶ Появление потуг при головке, расположенной выше, чем в узкой части МТ
- ▶ Затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания
- ▶ Нарушение сократительной деятельности матки
- ▶ Болезненность при пальпации нижнего сегмента
- ▶ Гипоксия плода
- ▶ Положительный признак Вастена

Классификация клинически узкого таза

Относительное

Вставление головки плода, характерное для данной формы узкого таза

умеренная конфигурация головки

У первородящих + слабость РД в конце первого периода родов

Абсолютное

Вставление головки не соответствует форме таза

Выраженная конфигурация головки

Выраженная родовая опухоль на головке

Потуги при высоко стоящей головке

Шм свисает в виде рукава во влагалище, отечна

Нижний сегмент резко болезненный

Вопрос о родоразрешении

При наличии 2-3 признаков
абсолютного несоответствия –

- Срочное КС

Клинически узкий таз II
степени

- Экстренное КС