

**ВУЗЬКІ ТАЗИ.
НЕПРАВИЛЬНІ
ПОЛОЖЕННЯ
ПЛОДА**

План лекції:

1. Визначення анатомічно та клінічно вузького таза.
2. Причини анатомічно та клінічно вузьких тазів.
3. Класифікація анатомічно вузьких тазів за формою та за ступенем звуження.
4. Діагностика анатомічно та клінічно вузьких тазів. Значення диспансерного нагляду за вагітними.
5. Шляхи родорозв'язання при вузьких тазах. Можливі ускладнення та їх профілактика.

6. Визначення неправильних положень плода. Їх різновидності.
7. Можливі причини виникнення поперечних та косих положень плода.
8. Своєчасна діагностика неправильних положень плода. Значення диспансерного нагляду за вагітними.
9. Тактика ведення вагітних з неправильними положеннями плода. Сучасний метод родорозв'язання.
10. Можливі ускладнення при неправильних положеннях плода та їх профілактика.

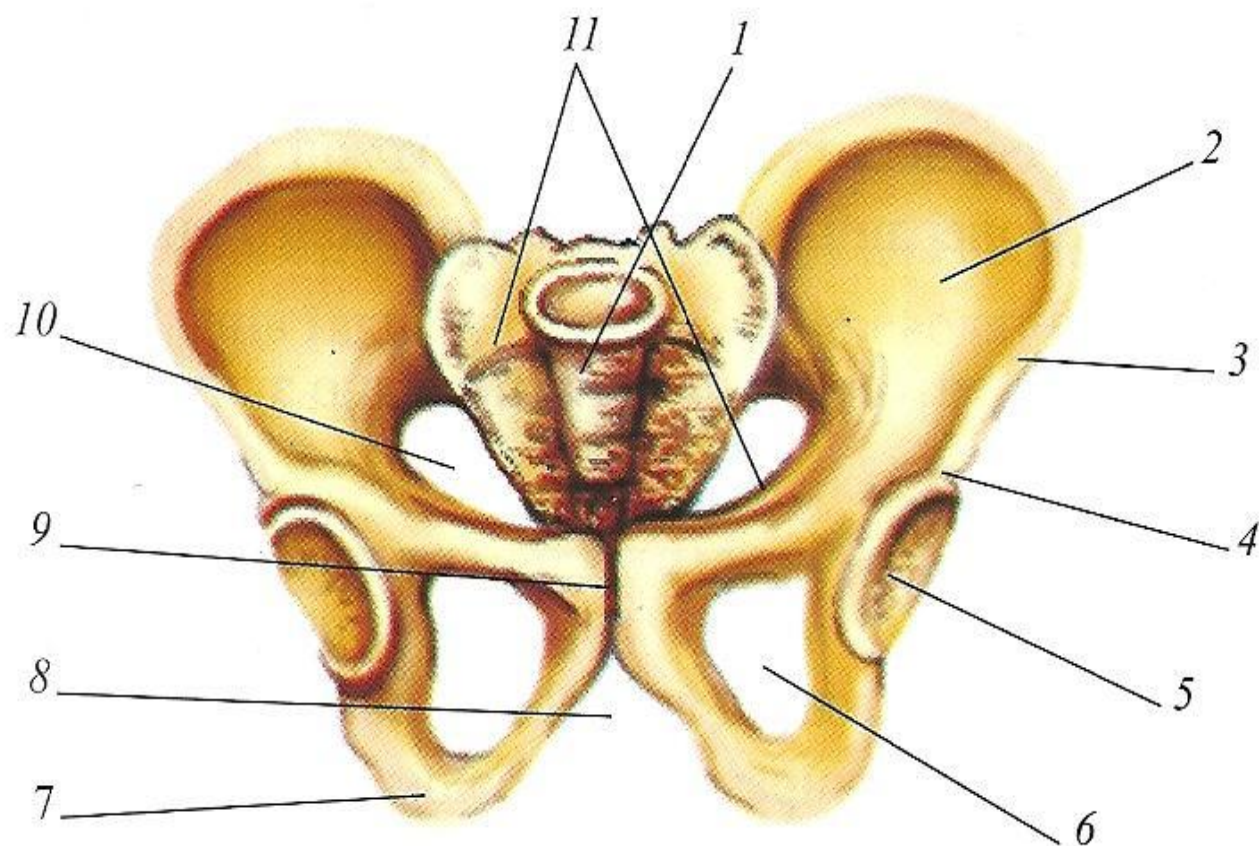


Рис. 5.13. Жіночий таз:

1 — крижі; 2 — крило клубової кістки; 3 — передньоверхня ость;
4 — передньонижня ость; 5 — вертлужна западина; 6 — затульний
отвір; 7 — сідничний горб; 8 — лобкова дуга; 9 — лобковий симфіз;
10 — вхід у малий таз; 11 — безіменна лінія

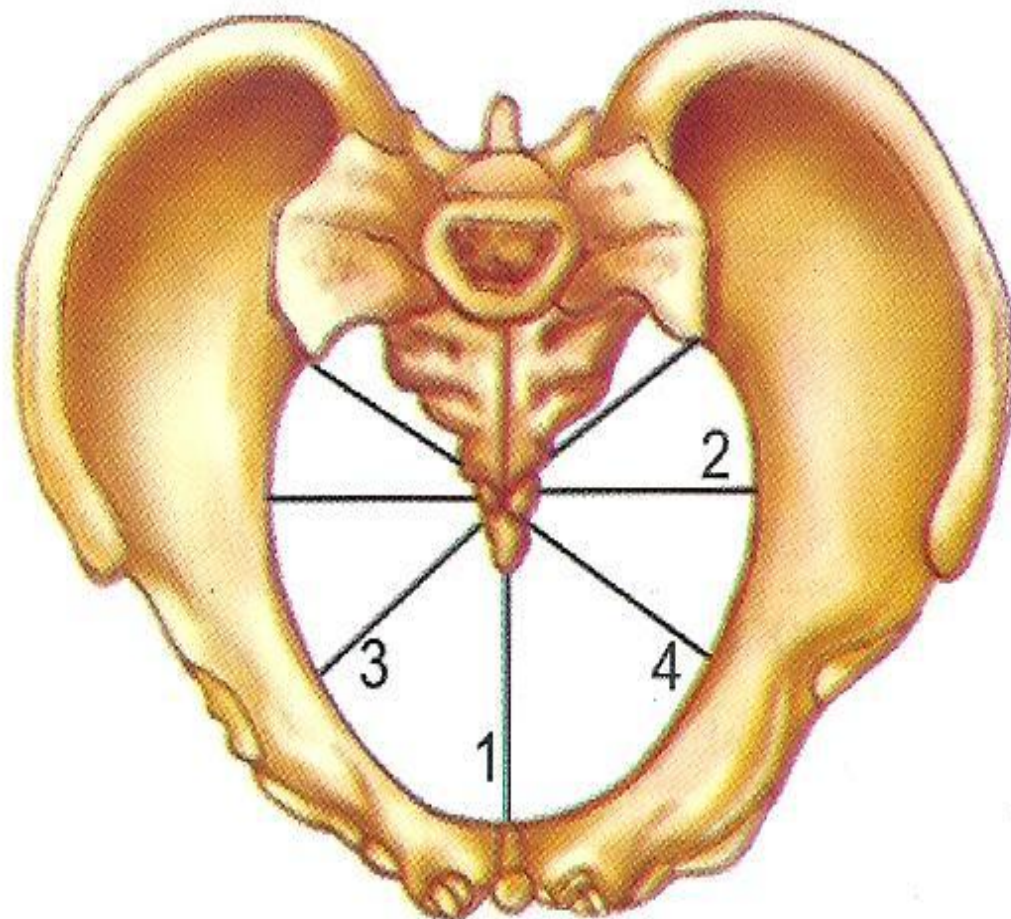
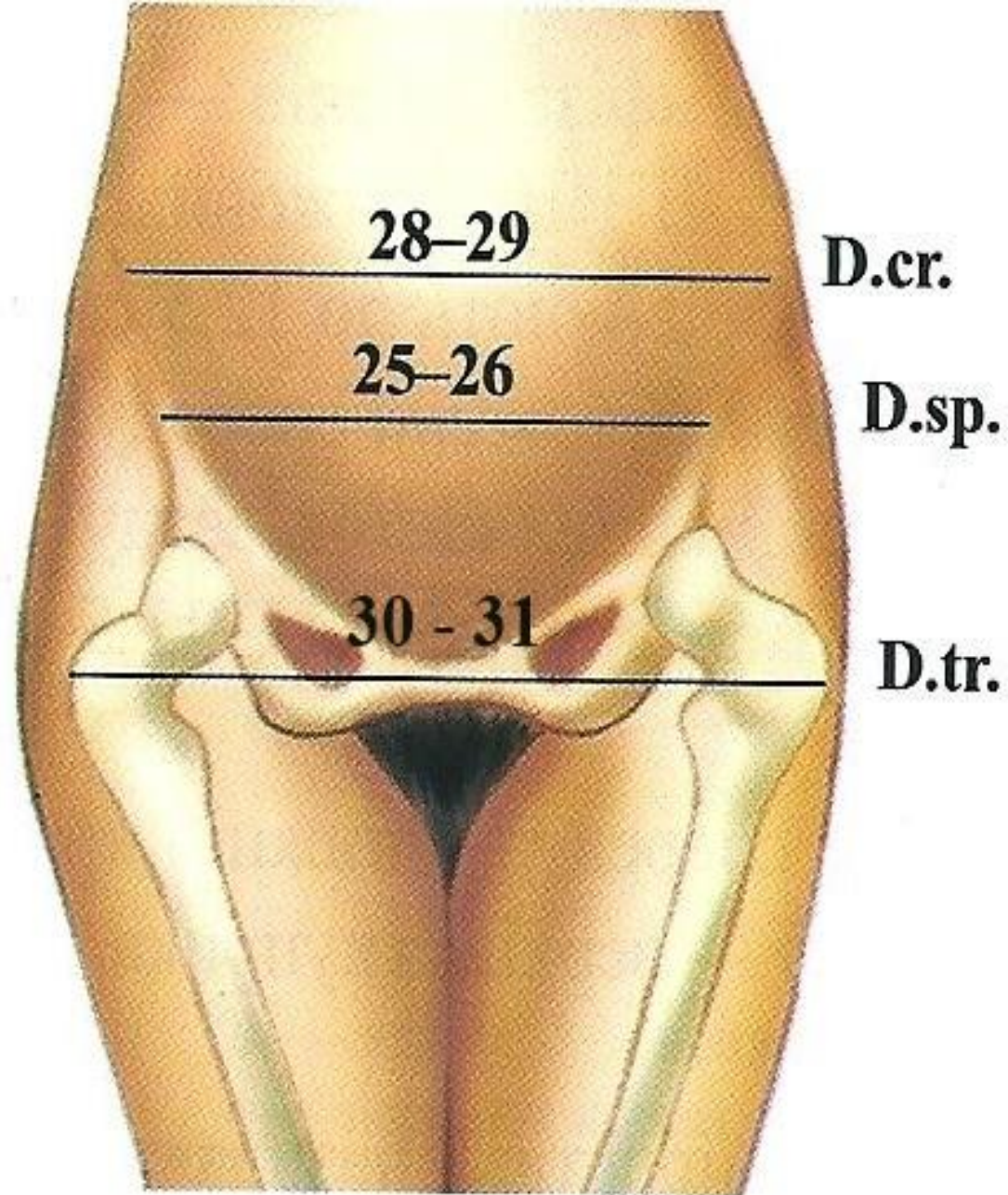


Рис. 5.14. Розміри площини входу в таз:

- 1 — прямий розмір; 2 — поперечний розмір;
3 — лівий косий розмір; 4 — правий косий розмір



Поперечні розміри великого таза

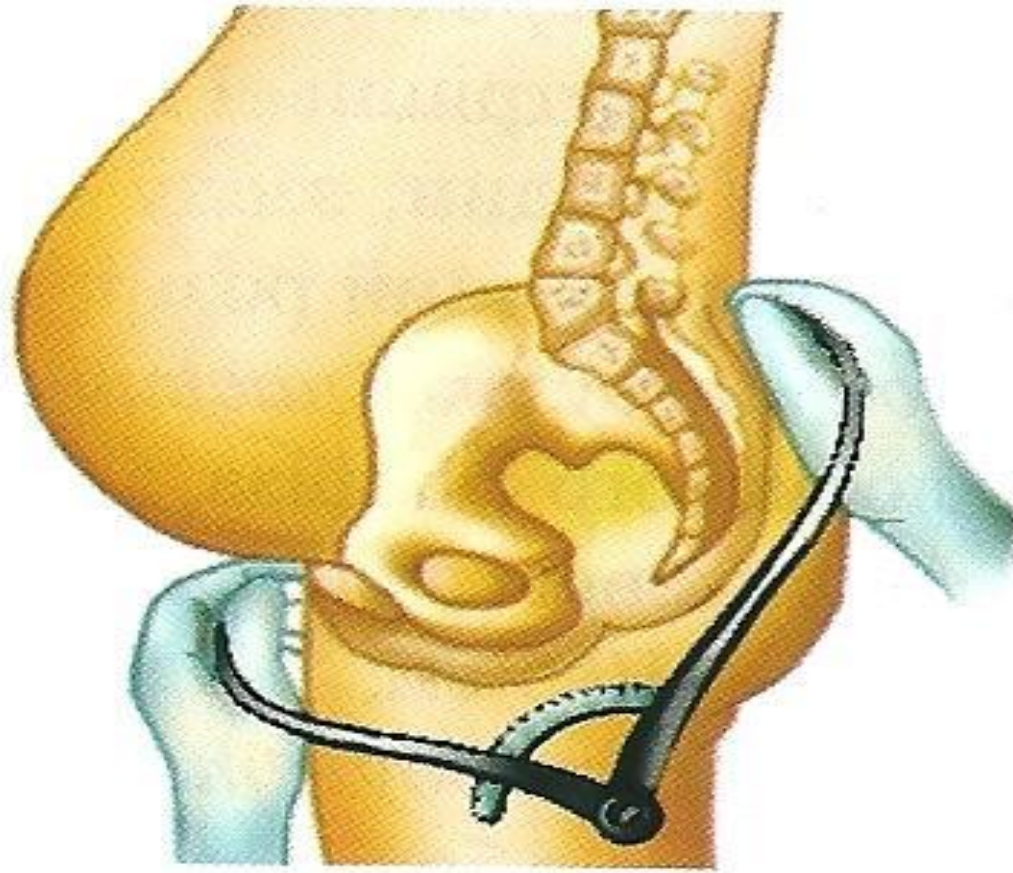


Рис. 5.17. Прямі розміри великого таза.
Вимірювання зовнішньої кон'югати

Вузькі тазы

Анатомічно вузький таз - це такий таз, у якого всі розміри або хоча б один з них зменшений на 1,5 – 2 см і більше. Діагноз “анатомічно вузький таз” ставлять на підставі вимірювання основних і додаткових розмірів таза.

Клінічно або функціонально вузький таз - це таз нормальних розмірів або анатомічно вузький таз, який чинить перешкоди для народження плода.

Основною ознакою клінічно вузького таза є невідповідність розмірів таза і передлеглої голівки плода. При цьому пологи через природні пологові шляхи неможливі.

Причини вузьких тазів

1. Конституційні особливості жінки (ріст її менше середнього – 152см). **Найчастіше.**
2. Захворювання в дитинстві (рахіт, гіповітаміноз, хронічні захворювання та ін.).
3. Загальні захворювання жінки (хвороби хребта, суглобів, остеомаліяція).
4. Великий плід.
5. Неправильне вставлення голівки плода в таз (розгинальні асинклітичні та ін).
6. Переношена вагітність (нездатність голівки плода до конфігурації).

Класифікація вузького таза за формою звуження

Розрізняють тази, які трапляються часто і рідко.

Тази, які за формою звуження трапляються часто:

1. Загальнорівномірнозвужений – характеризується тим, що в нього всі розміри зменшені на однакову величину (на 1-2 см) і лобковий кут гострий (до 90°). Трапляється найчастіше (40 – 60%).

2. Плоский таз:
 - a) простий плоский (звужені всі прямі розміри малого таза, а поперечні нормальні);
 - b) Плоскорохітичний (*distantia spinarum* збільшена і приближується до *distantia cristarum*, зменшений лише один розмір – акушерська кон'югата, площа входу деформована);

3. Загальнозвужений плоский (всі розміри зменшені а найбільше прямі розміри малого таза).
4. Поперечнозвужений таз (прямі розміри нормальні, а поперечні звужені).

Тази, які за формою звуження трапляються рідко:

- 1) Косозміщений і косозвужений (асиметричний).
- 2) Лійкоподібний (різке звуження виходу з таза).
- 3) Спондилолістетичний (зісковзування V поперекового хребця разом з хребтом у бік порожнини таза).
- 4) Остеомолятичний (крижі заглиблюються в порожнину малого таза а симфіз стиснений і має форму дзьоба).

Класифікація вузьких тазів за ступенем звуження.

Ступінь звуження таза визначається за величиною справжньої кон'югати.

Розрізняють чотири ступені звуження тазу:

- I ст. – розмір справжньої кон'югати 11-9 см.

Пологи здебільшого відбуваються самотійно.

- II ст. – розмір справжньої кон'югати 9-7,5 см.

Пологи можливі, але часто виникають ускладнення і постає необхідність в оперативному розродженні.

- III ст. – справжня кон'югата досягає 7,5-5,5 см.

Пологи при доношеному плоді неможливі через природні пологові шляхи. При живому доношеному плоду здійснюють операцію кесаревого розтину, а при мертвому – плодоруйнівну операцію.

- IV ст. – справжня кон'югата досягає менше 5.5 см (абсолютно вузький таз).

Єдиний метод родорозв'язання – кесарів розтин.

Тази III та IV ст. звуженості завжди являються клінічно вузькими, але вони трапляються дуже рідко.

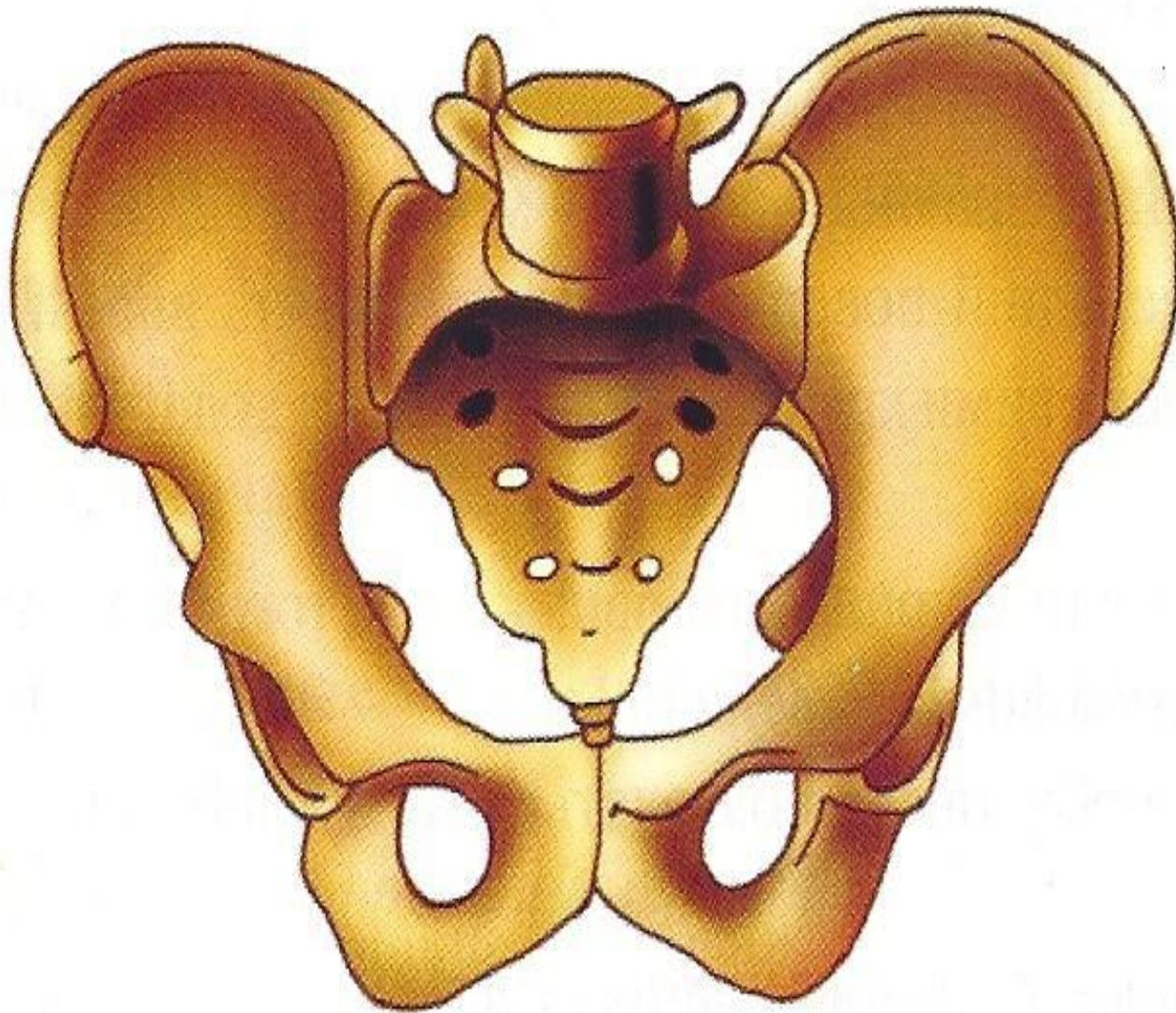


Рис. 12.1. Загальнорівномірнозвужений таз

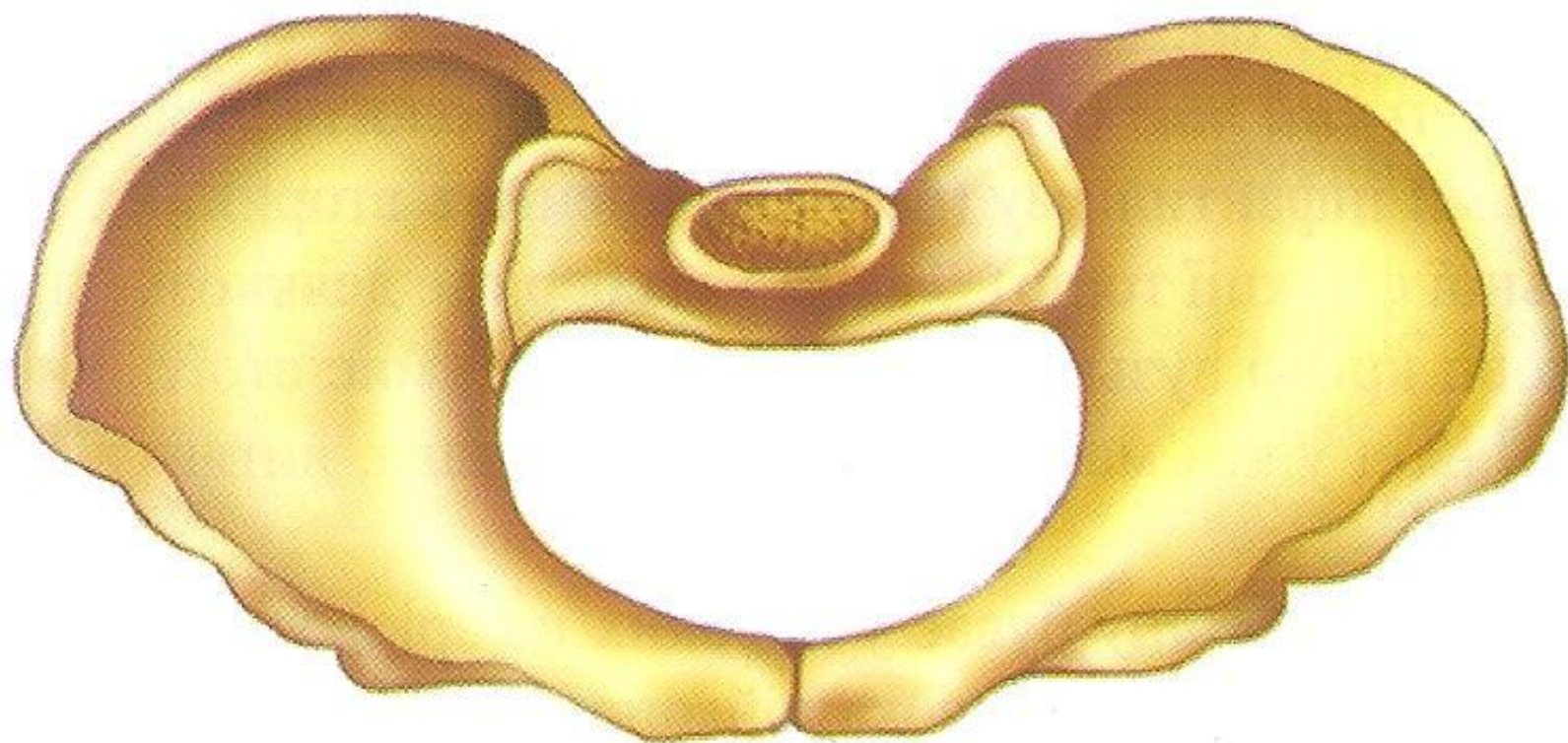


Рис. 12.2. Простий плоский таз

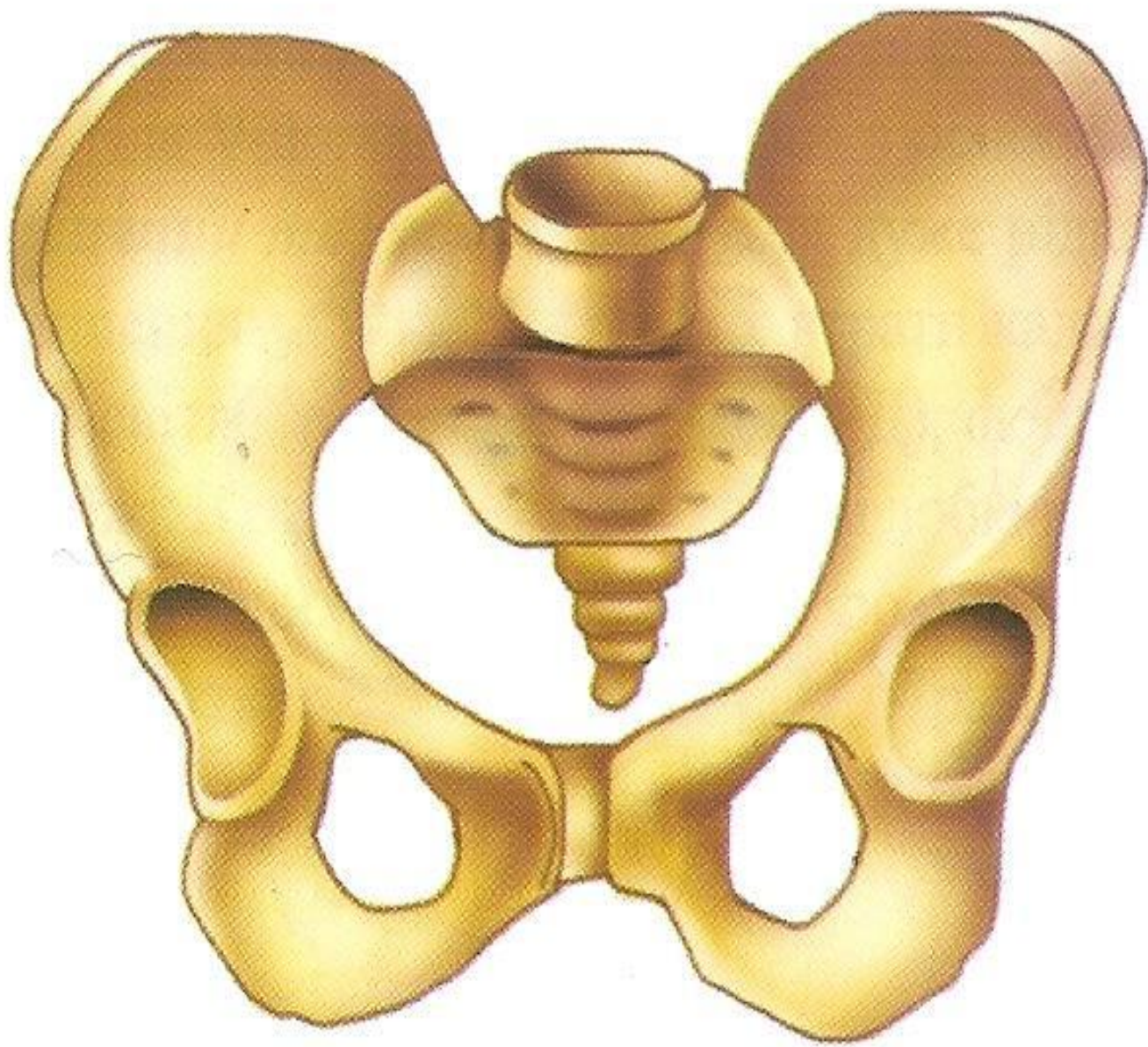


Рис. 12.3. Плоскорихітичний таз

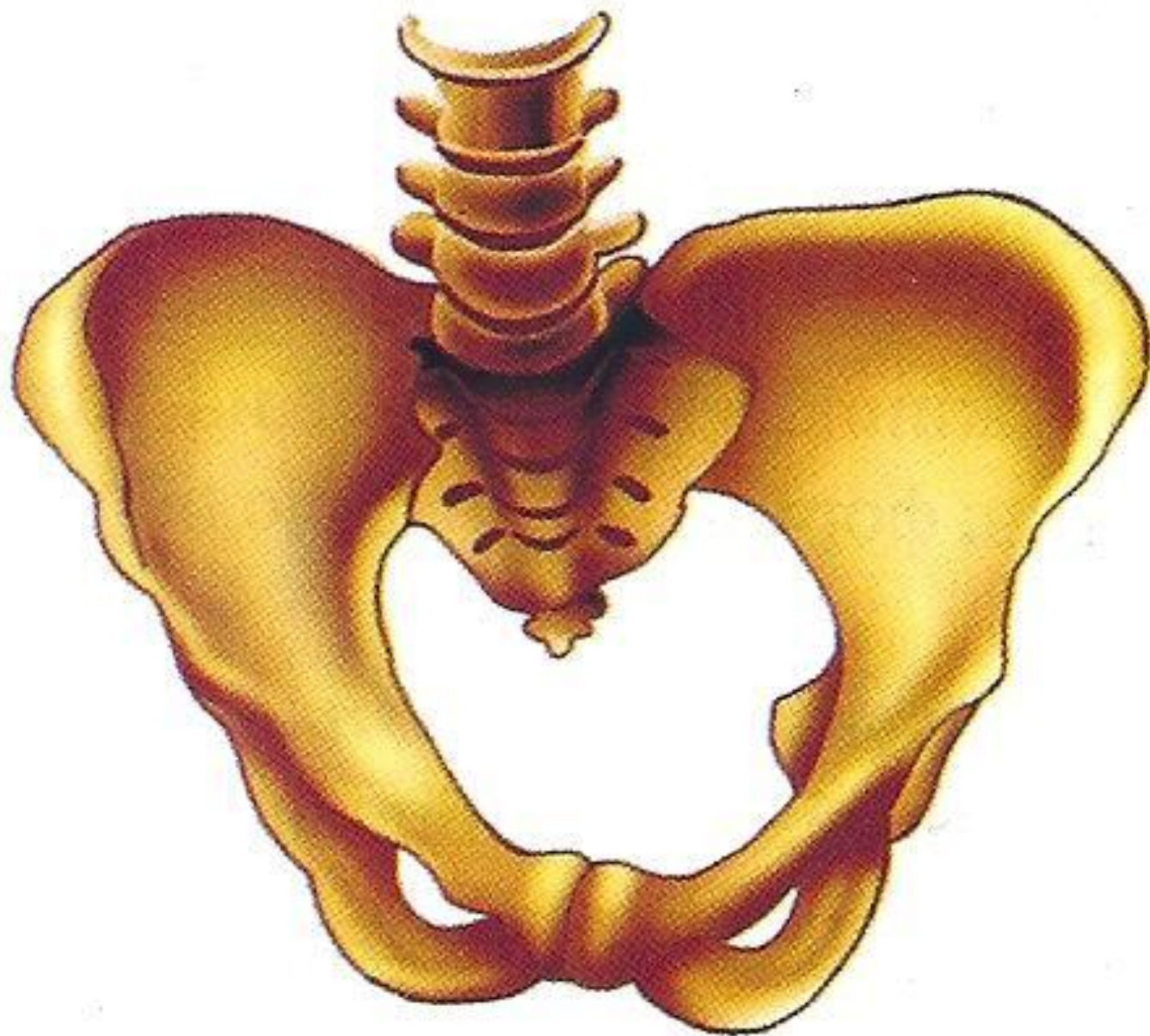


Рис. 12.6. Косозміщений таз

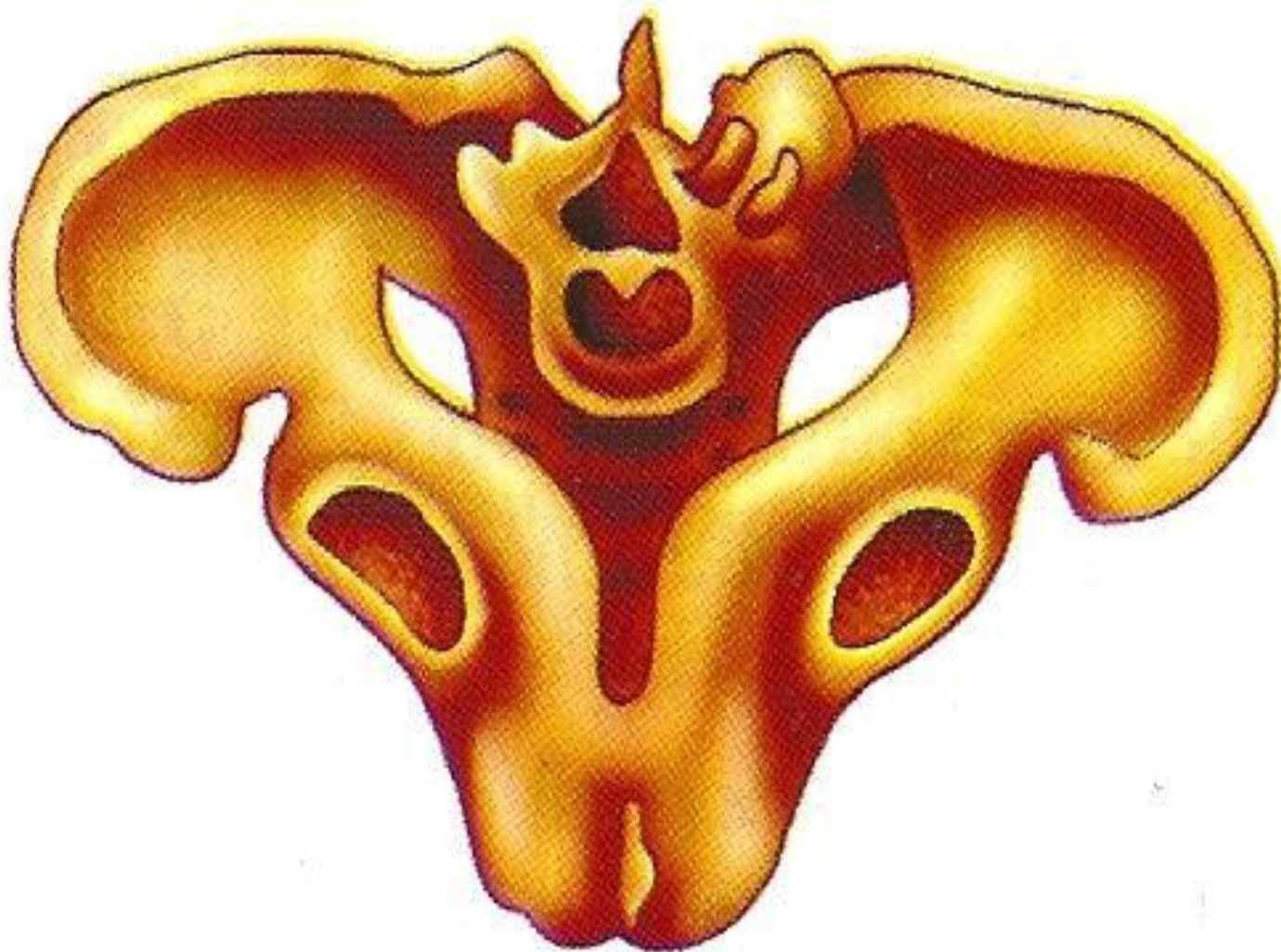


Рис. 12.8. Остеомалятичний таз

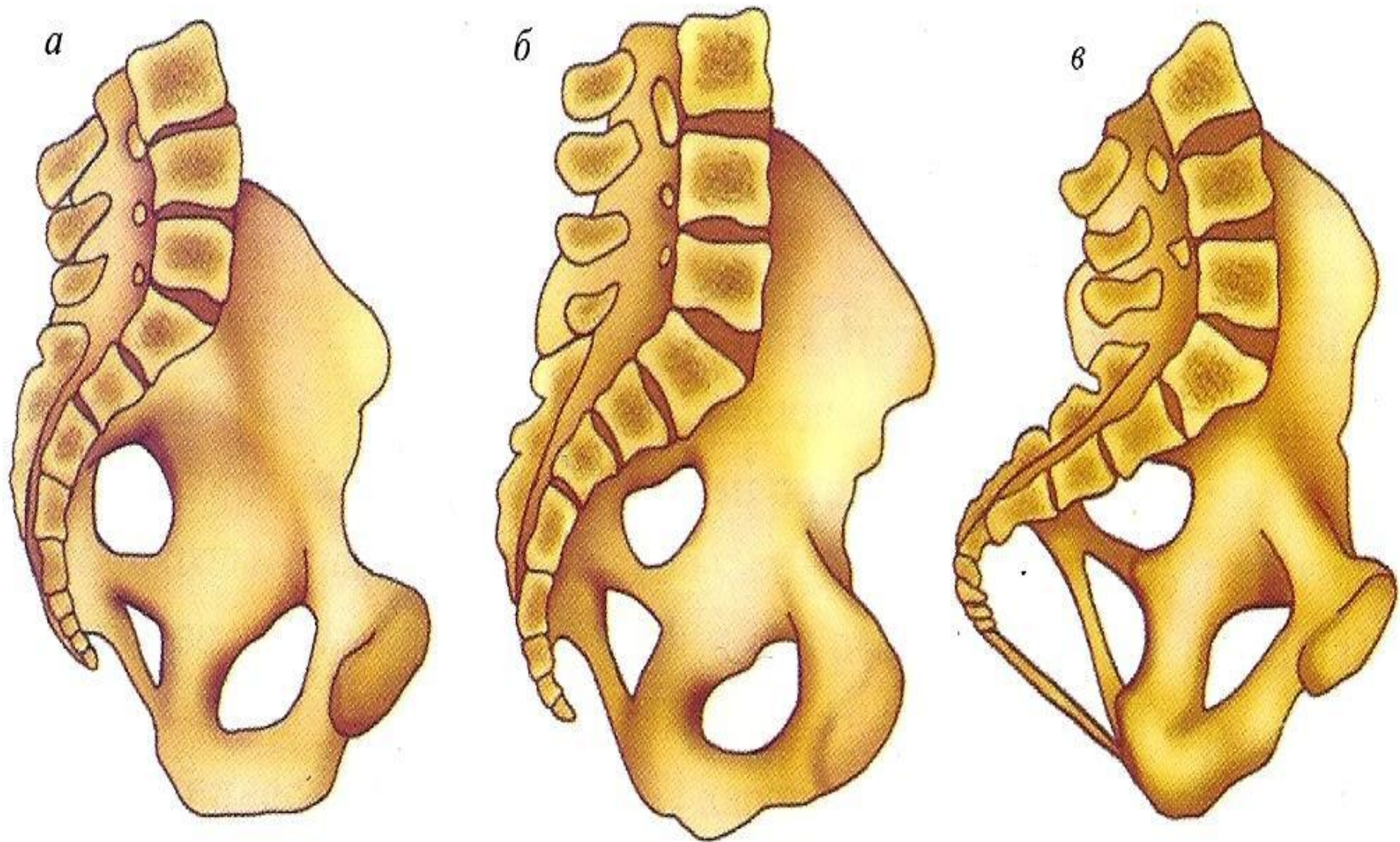
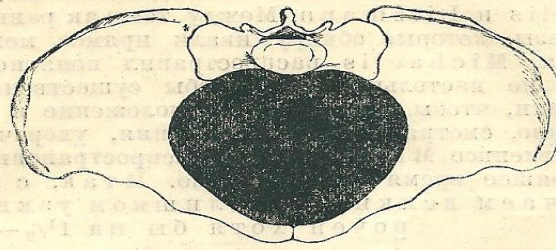


Рис. 12.4. Сагітальний розріз таза:

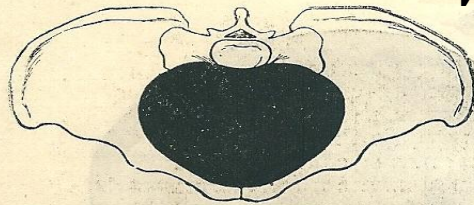
а — нормальний таз; б — простий таз; в — плоскорухітичний

Основні зовнішні розміри таза при різних його формах та ступенях звуженості

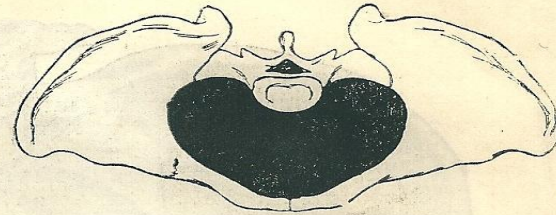
Таз	Розміри, см.			
	<u>d.spinaru</u> <u>m</u>	<u>d.cristaru</u> <u>m</u>	<u>d.trochanter</u> <u>ica</u>	<u>Con.exter</u> <u>na</u>
Нормальний	25 - 26	28 - 29	30 - 31	20
Загальнорівномірнозвужений	24	26	28	18
Простий плоский	26	29	30	18
Плоско рахітичний	27	28	31	17
Поперечно звужений	24	26	28	20



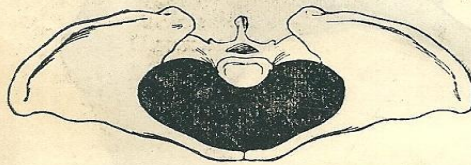
Нормальни
й



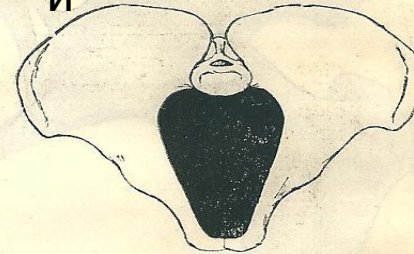
Загальнорівномірнозвужени
й



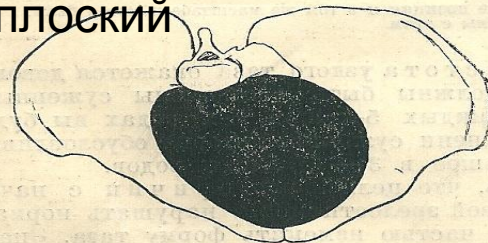
Плоскоррахітични
й



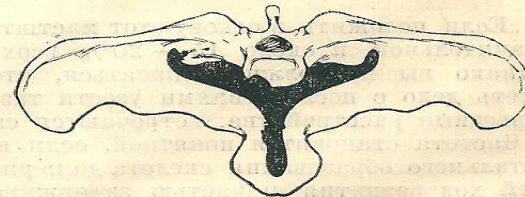
Простий
плоский



Поперечнозвужени
й



Косозміщени



Остеомаліятични

Форми площин входу в малий таз при анатомічно

Методи визначення акушерської кон'югати

- ✓ По зовнішній кон'югаті (від неї відняти 9 см. враховуючи індекс Соловйова).
- ✓ По діагональній кон'югаті (від неї відняти 1,5 – 2 см. враховуючи індекс Соловйова).
- ✓ По ромбу Міхаеліса (вертикальний його розмір співпадає з акушерською кон'югатою).

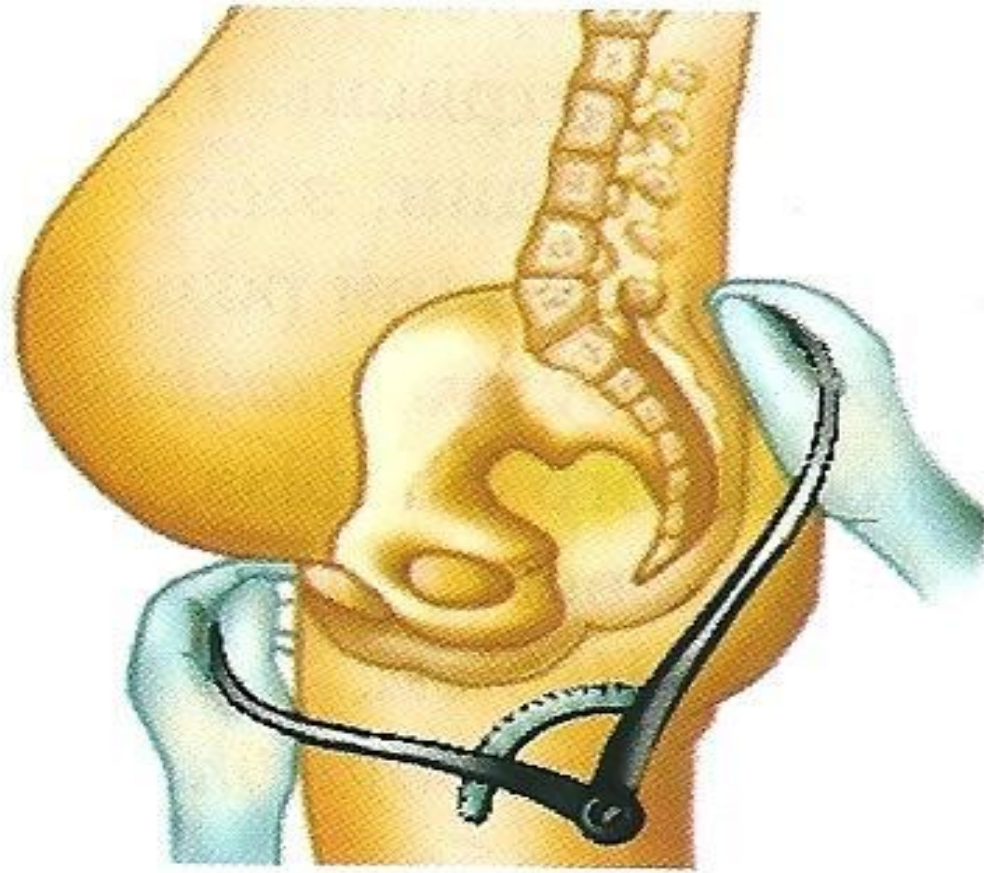


Рис. 5.17. Прямі розміри великого таза.
Вимірювання зовнішньої кон'югати

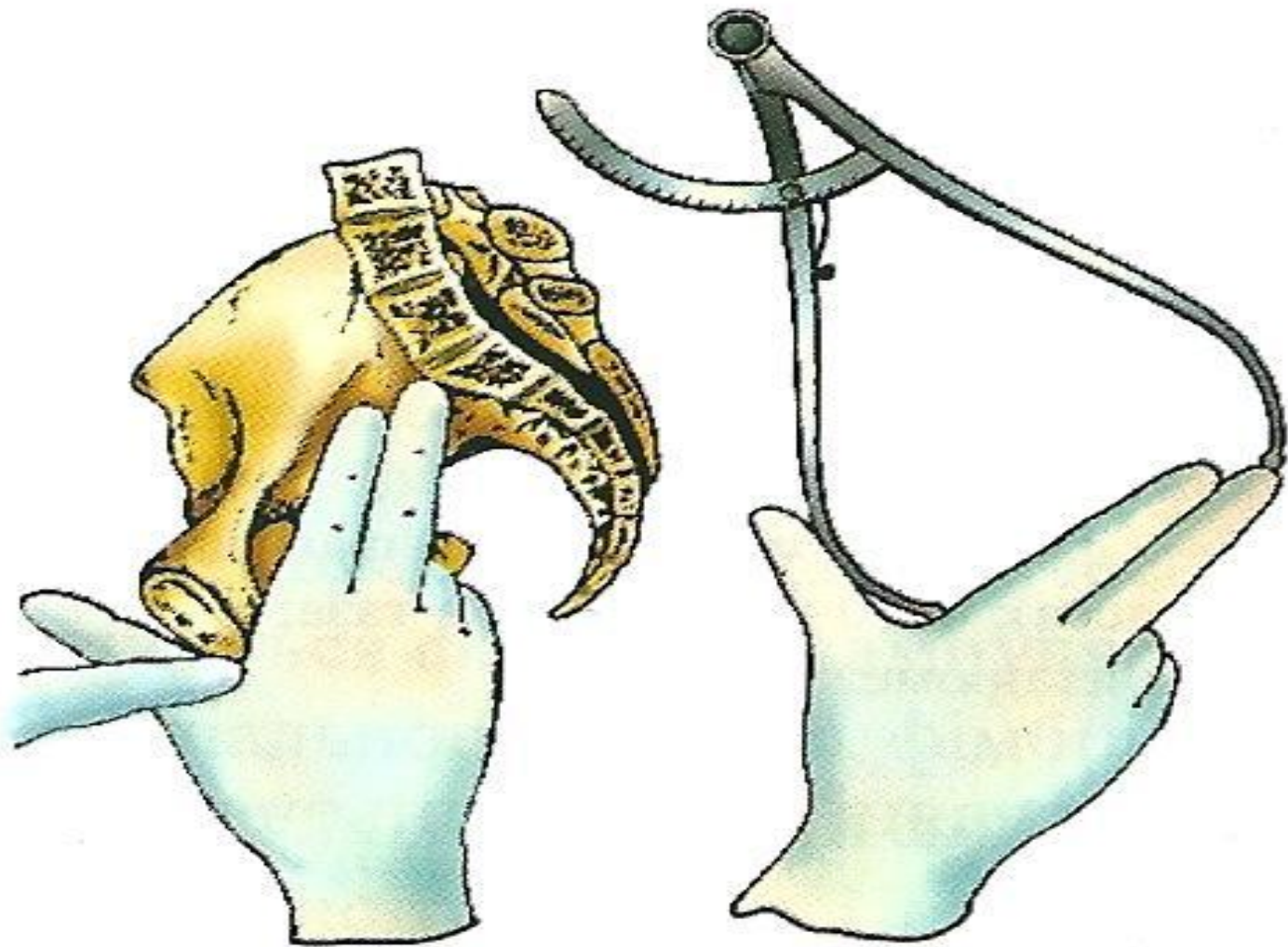
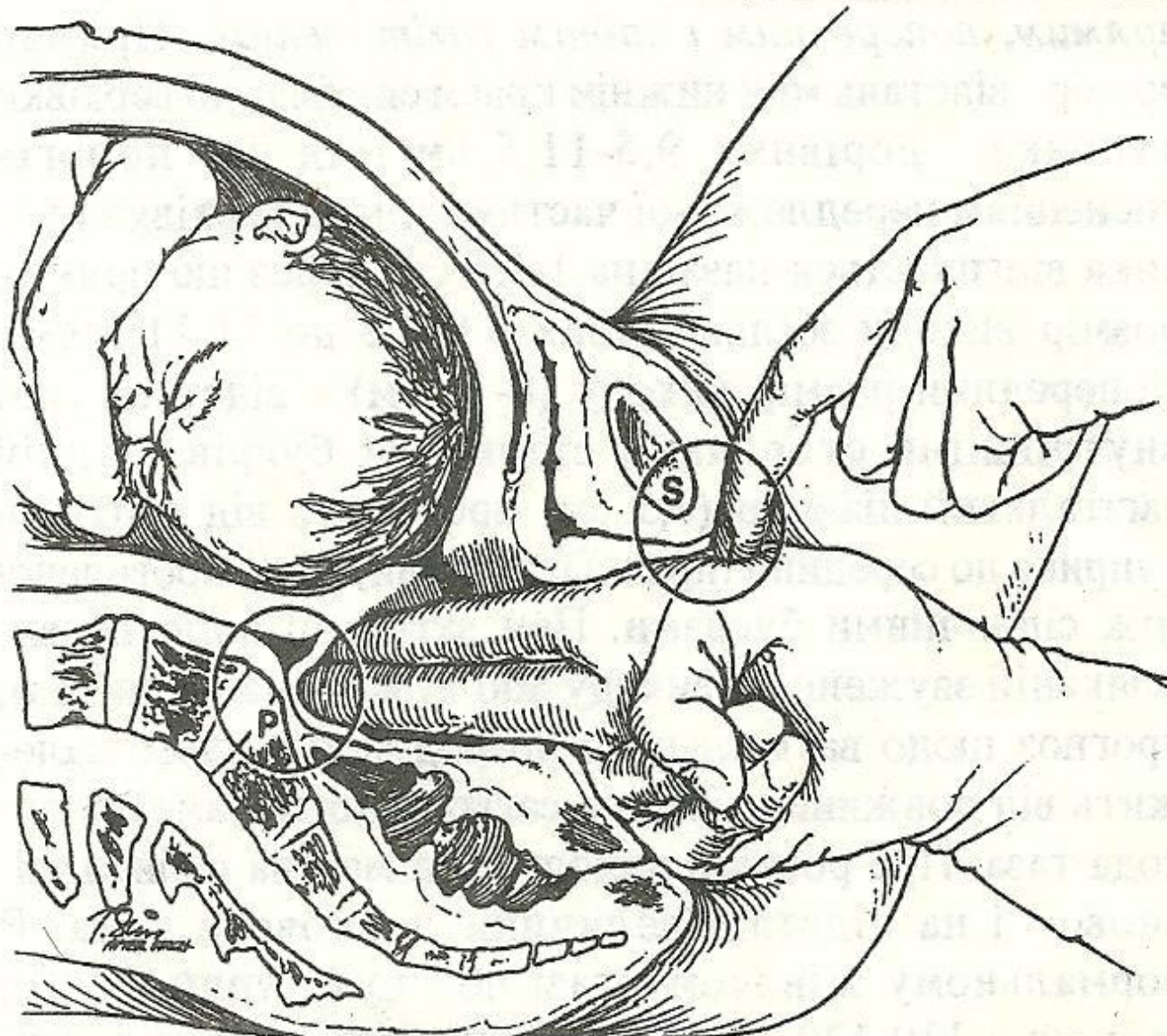


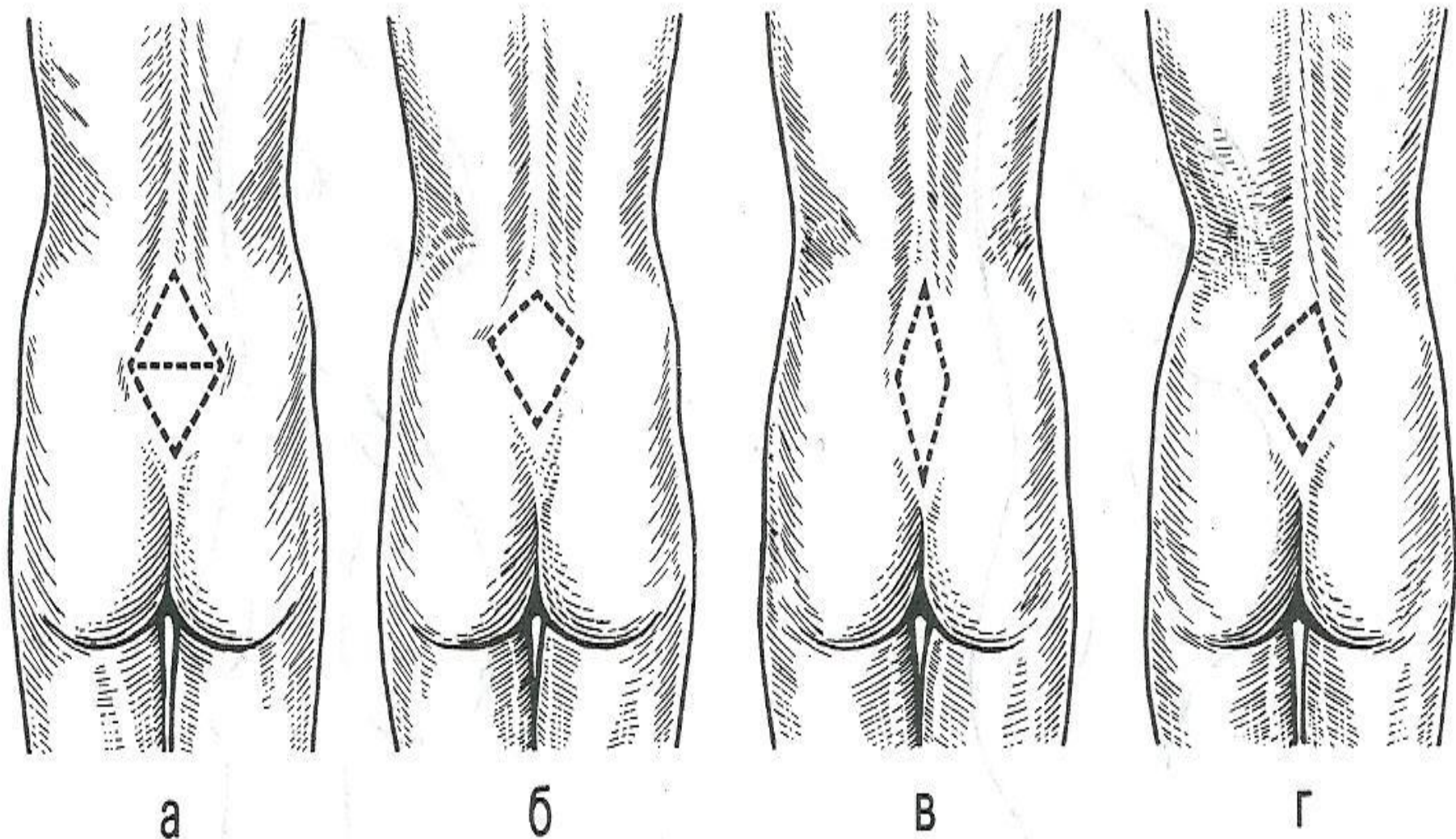
Рис. 5.18. Вимірювання діагональної кон'югати



**Вимірювання діагональної
кон'югати
роділлі**

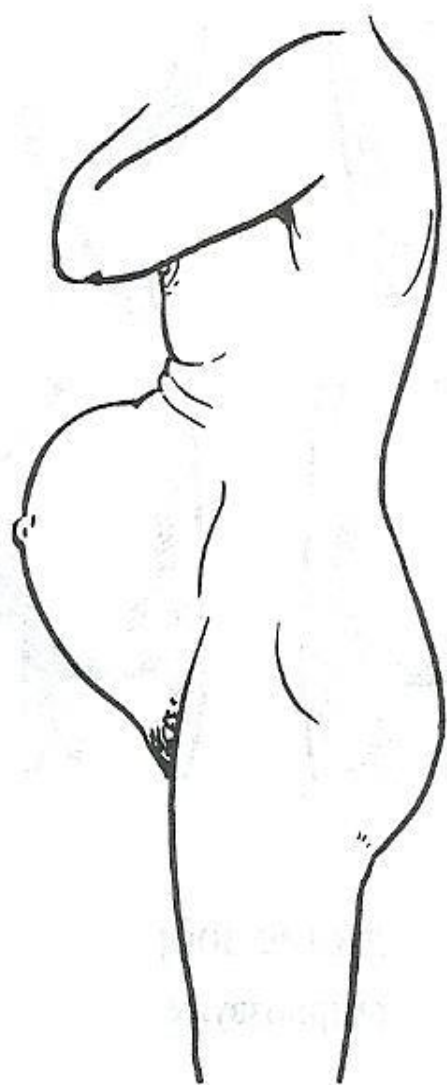
Діагностика анатомічно- вузьких тазів

1. Зовнішня та внутрішня пельвометрія.
2. Додаткові розміри таза:
 - 1) вимірювання індексу Соловйова;
 - 2) визначення форми та розмірів ромба Міхаеліса;
 - 3) вимірювання прямого та поперечного розмірів площини виходу з малого тазу;
 - 4) вимірювання бокових та косих кон'югат тазу;
 - 5) зовнішній огляд вагітної в пізніх строках (по формі живота)

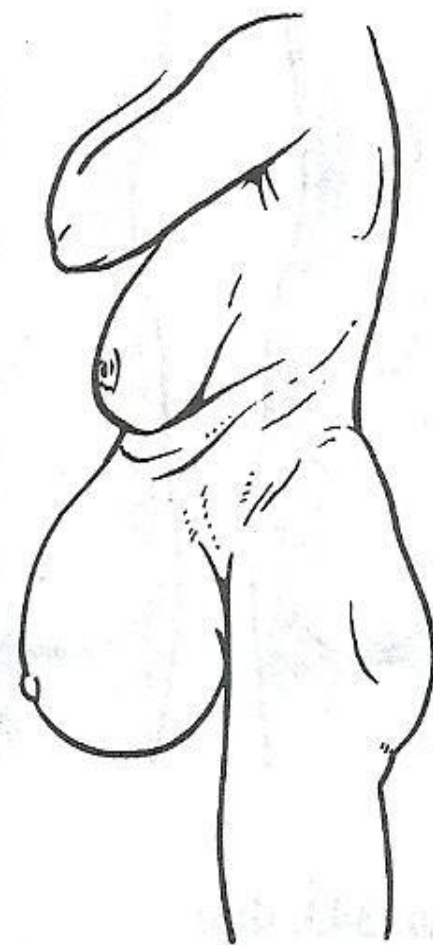


Мал. 343. Форма попереково-крижового ромба (схематичне зображення):

а — при нормальному тазі; *б* — при плоскому тазі; *в* — при рівномірнорозвуженому тазі;
г — при косозміщеному тазі



Мал. 341. Живіт гострої форми при вузькому тазі у першовагітної



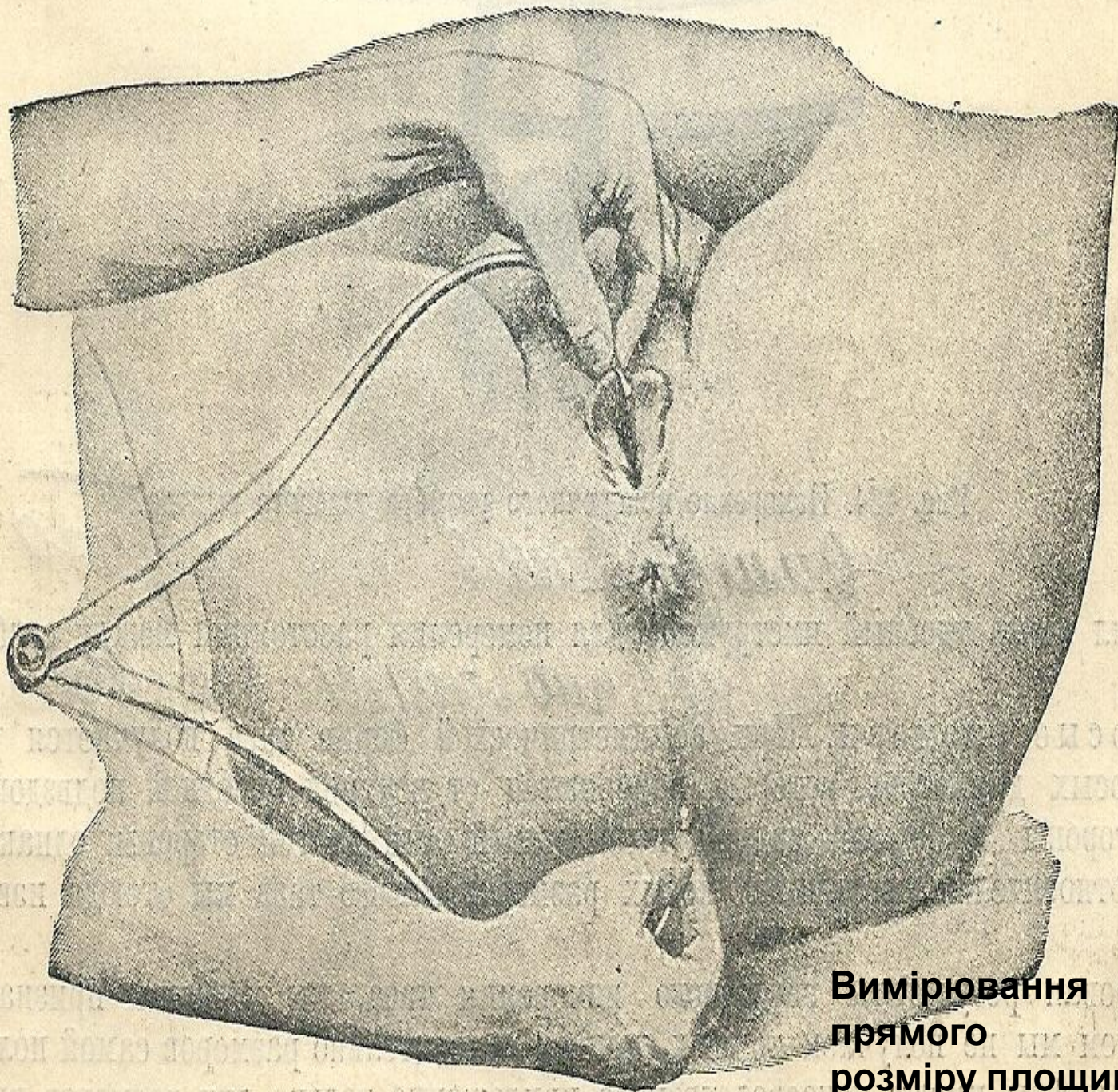
Мал. 342. Відвислий живіт при вузькому тазі жінки, яка багато разів народжувала

Додаткові розміри таза

1. Бокові кон'югати – розмір від передньоверхньої ості до задньоверхньої ості тієї самої клубової кістки. У нормі вони дорівнюють **14,5 – 15 см**. При плоскому тазі вони зменшуються.
2. Косі розміри – це відстань між передньоверхньою остю правої клубової кістки і задньоверхньою остю лівої клубової кістки таза і навпаки. У нормі ці розміри однакові і дорівнюють **20-21 см**. При косо зміщеному тазі вони різні.
3. Прямий розмір виходу з таза – відстань від верхівки куприка до середини нижнього краю лобкового симфізу. В нормі він дорівнює **9 см**, а за рахунок розгинання куприка досягає – **11 – 11,5 см**.
4. Поперечний розмір виходу з таза – відстань між сідничними горбами – **11 см**.



**Вимірювання
поперечного
розміру площини
виходу з**



**Вимірювання
прямого
розміру площини**

Діагностика клінічно вузьких тазів

Діагностують функціонально вузький таз тільки під час пологів в кінці I періоду, при злитих навколоплідних водах, гарній пологовій діяльності та здатності голівки плода до конфігурації.

Діагностують його за допомогою:

1. Ознаки Вастена (негативна, врівень, позитивна);
2. Кон'югати Цангемейстера (це відстань між надкрижевою ямкою і найбільш виступаючою ділянкою передлеглої голівки плода). Ця кон'югата порівнюється із зовнішньою кон'югатою таза. Якщо кон'югата Цангемейстера більша або дорівнює зовнішній кон'югаті, то такий таз клінічно вузький (негативна, сумнівна, позитивна).

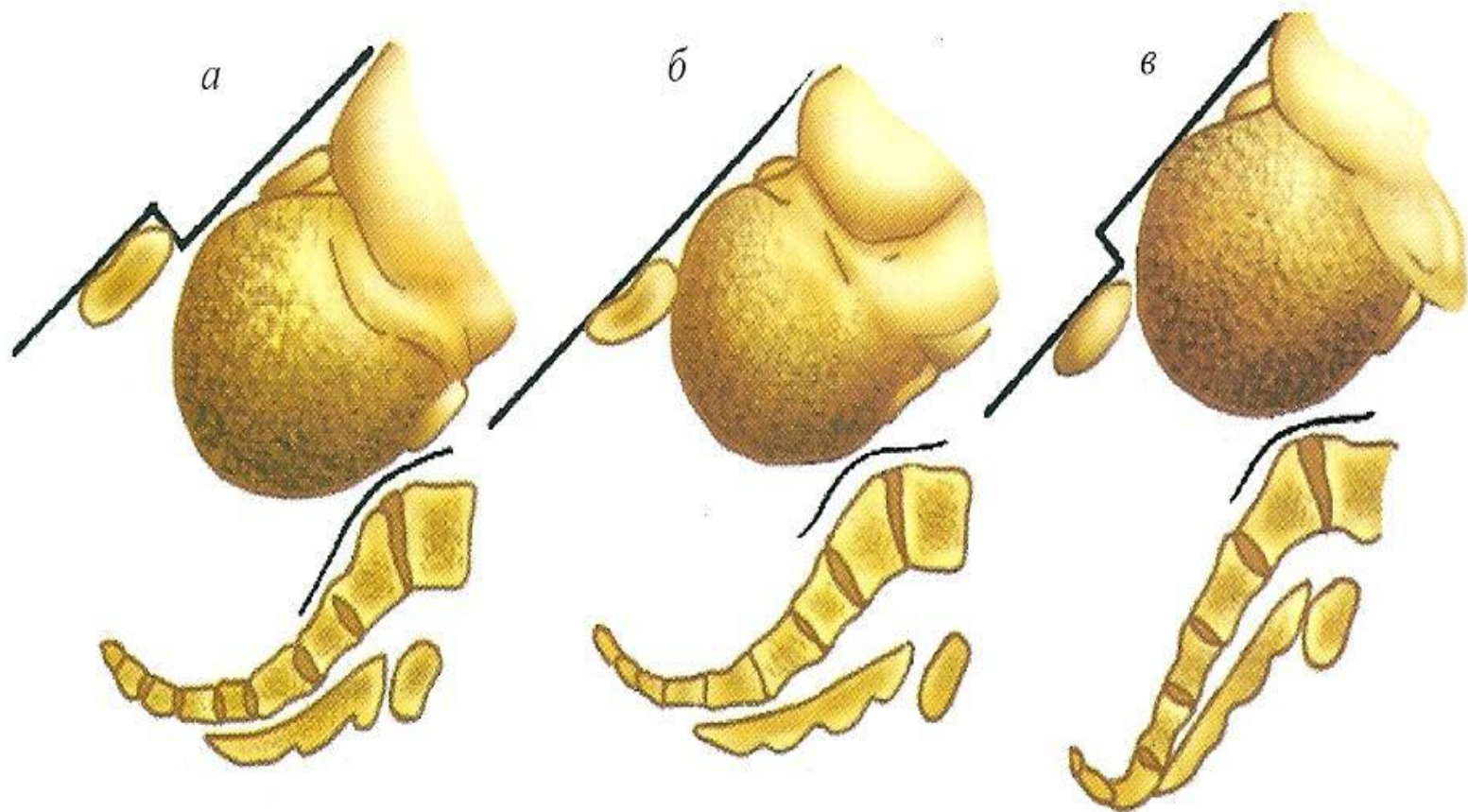


Рис. 12.9. Ознака Вастена

- а — негативна (відповідність між розмірами тазу і голівки);
- б — врівень (незначна невідповідність між розмірами тазу і голівки);
- в — позитивна (явна невідповідність між розмірами тазу і голівки)

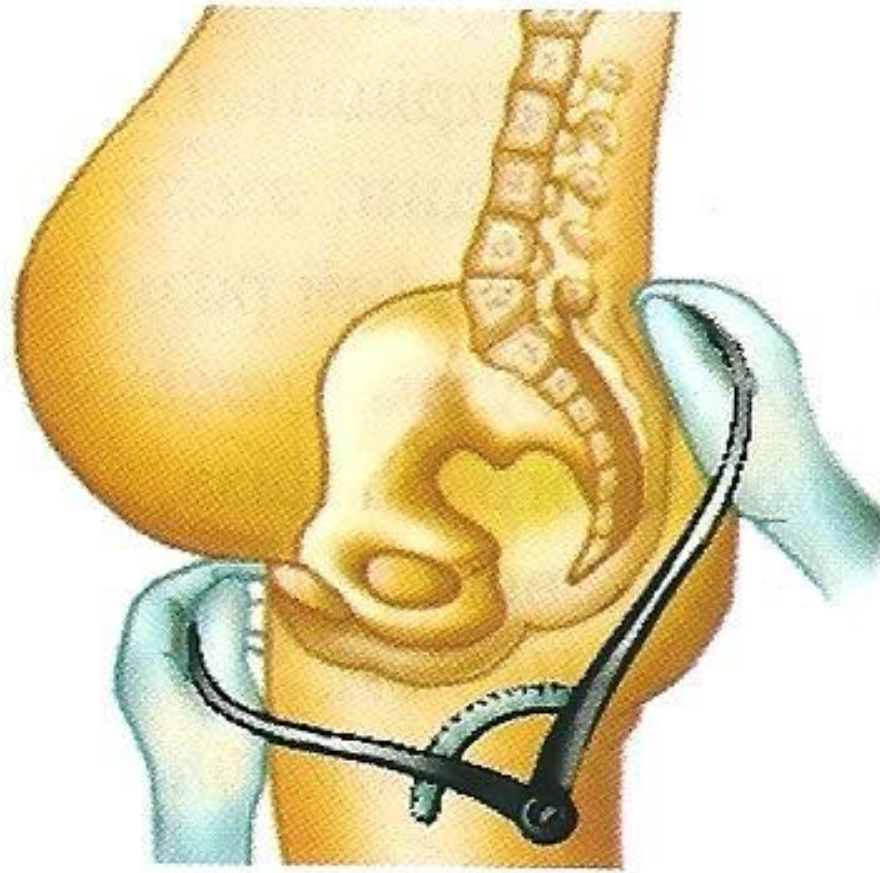


Рис. 5.17. Прямі розміри великого таза.
Вимірювання зовнішньої кон'югати

Шляхи родорозв'язання при вузьких тазах:

- ✓ Через натуральні пологові шляхи;
- ✓ Кесарським розтином.

Ускладнення при вузьких тазах

1. Первинна та вторинна слабкість пологової діяльності.
2. Несвоєчасне злиття навколоплідних вод.
3. Випадіння мілких частин плода та пуповини.
4. Травма пологових шляхів роділлі і плода.
5. Гіпоксія плода, навіть інтранатальна та рання неонатальна смерть.

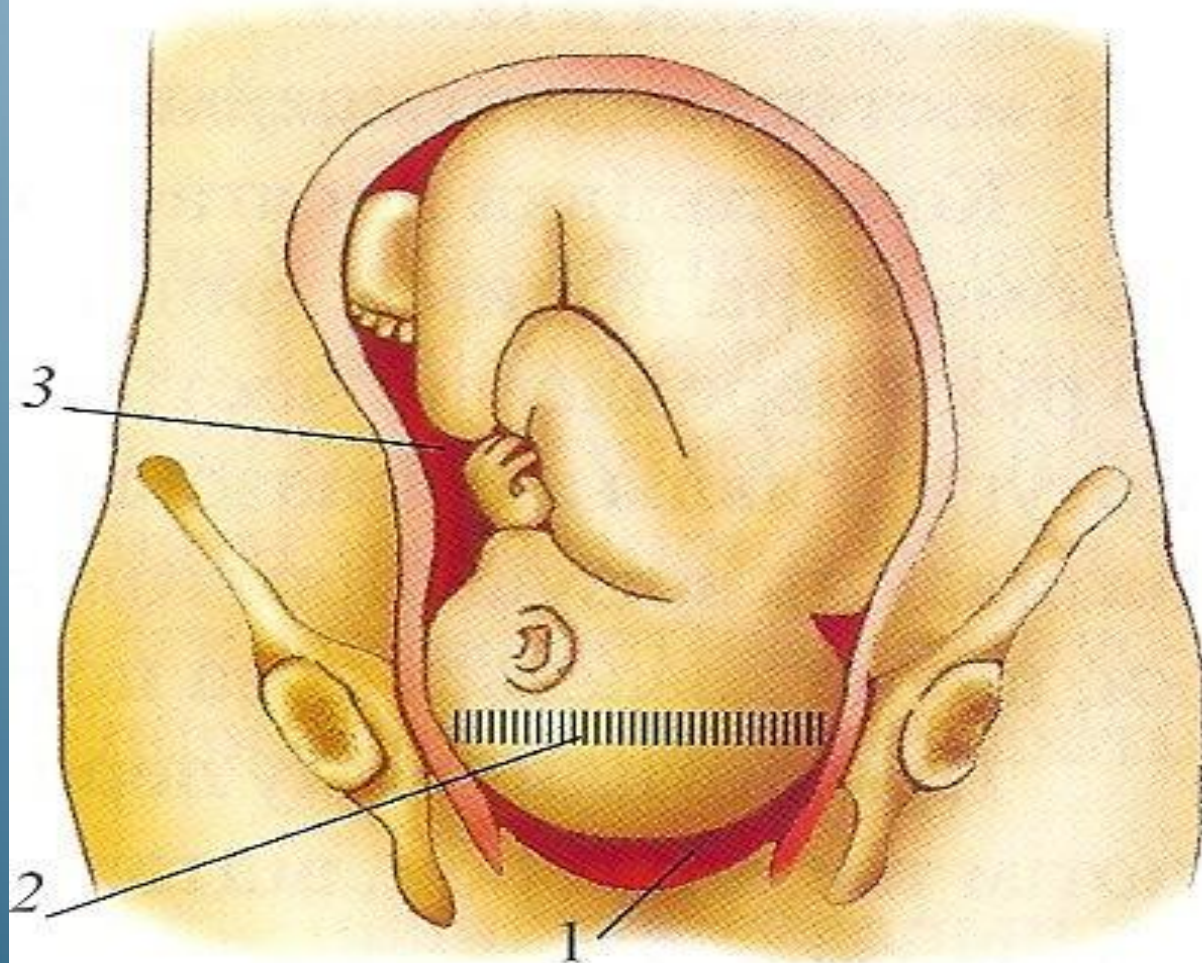
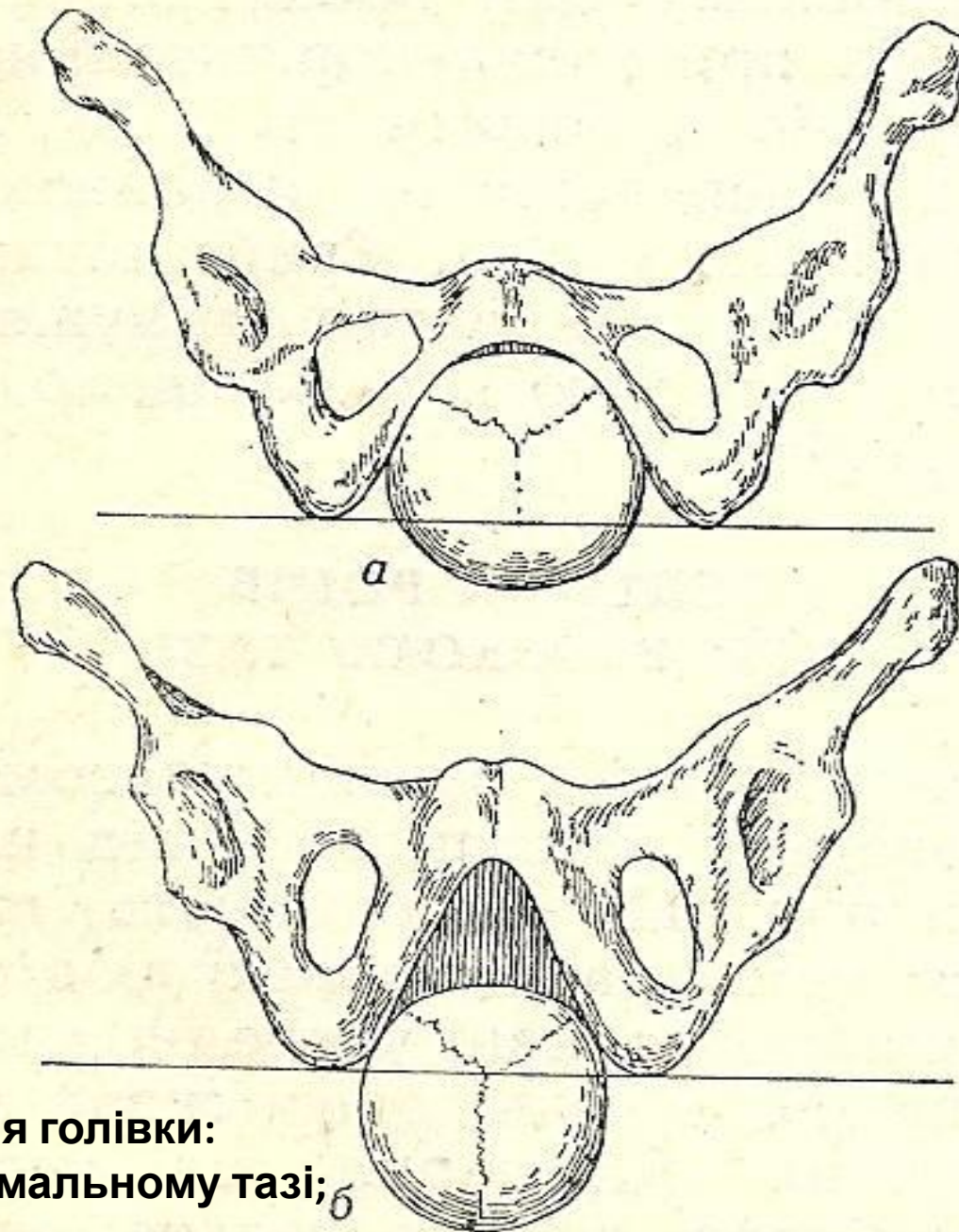
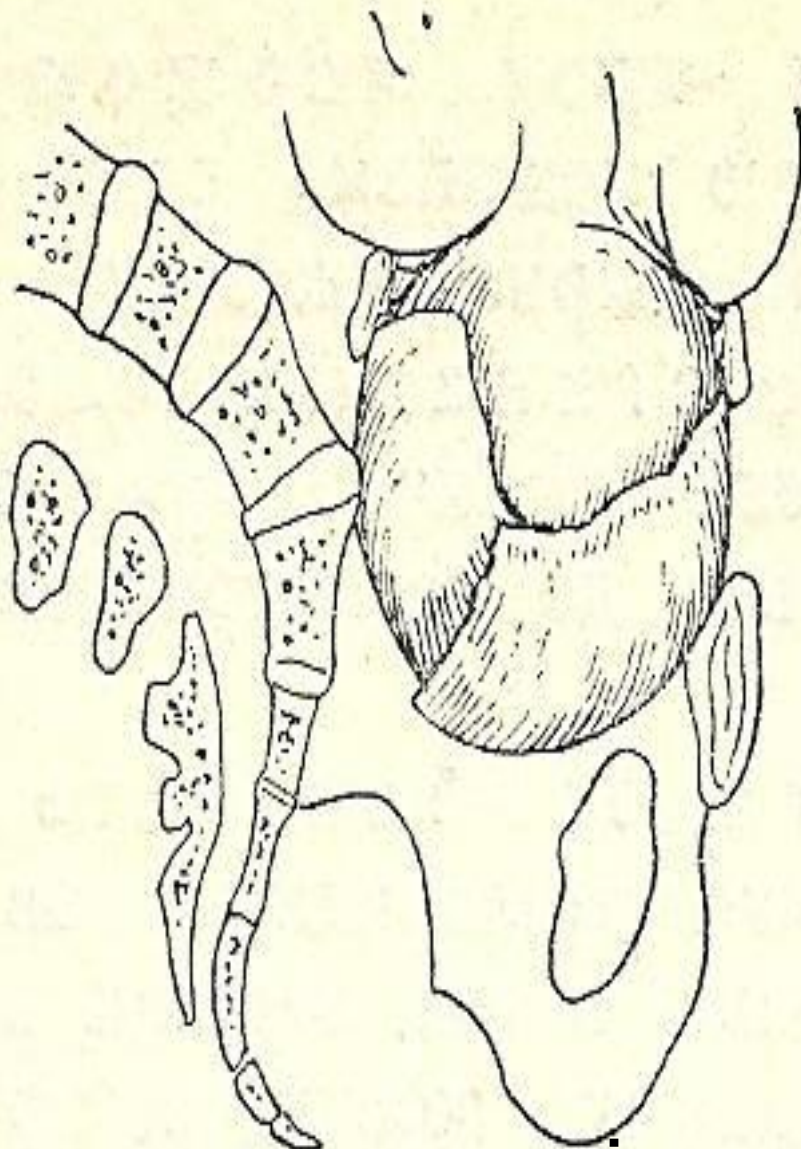


Рис. 7.1. Поділ вод на передні і задні:

1 — передні води; 2 — пояс стикання; 3 — задні води



Розгинання голівки:
а) при нормальному тазі; б) при



Асинклітичне вставлення голівки



Вставлення голівки при загальнорівномірнорозвуженому тазі (велике згинання і різка конфігурація)



Кефалогематома

187. Б. В. В. 187. Б. В. В.



Кефалогематома

Экстравазаты
в galea

Кровоизлияние
между перио-
стом и костью

Отслоенный
перист с начи-
нающимся но-
вообразованием
кости

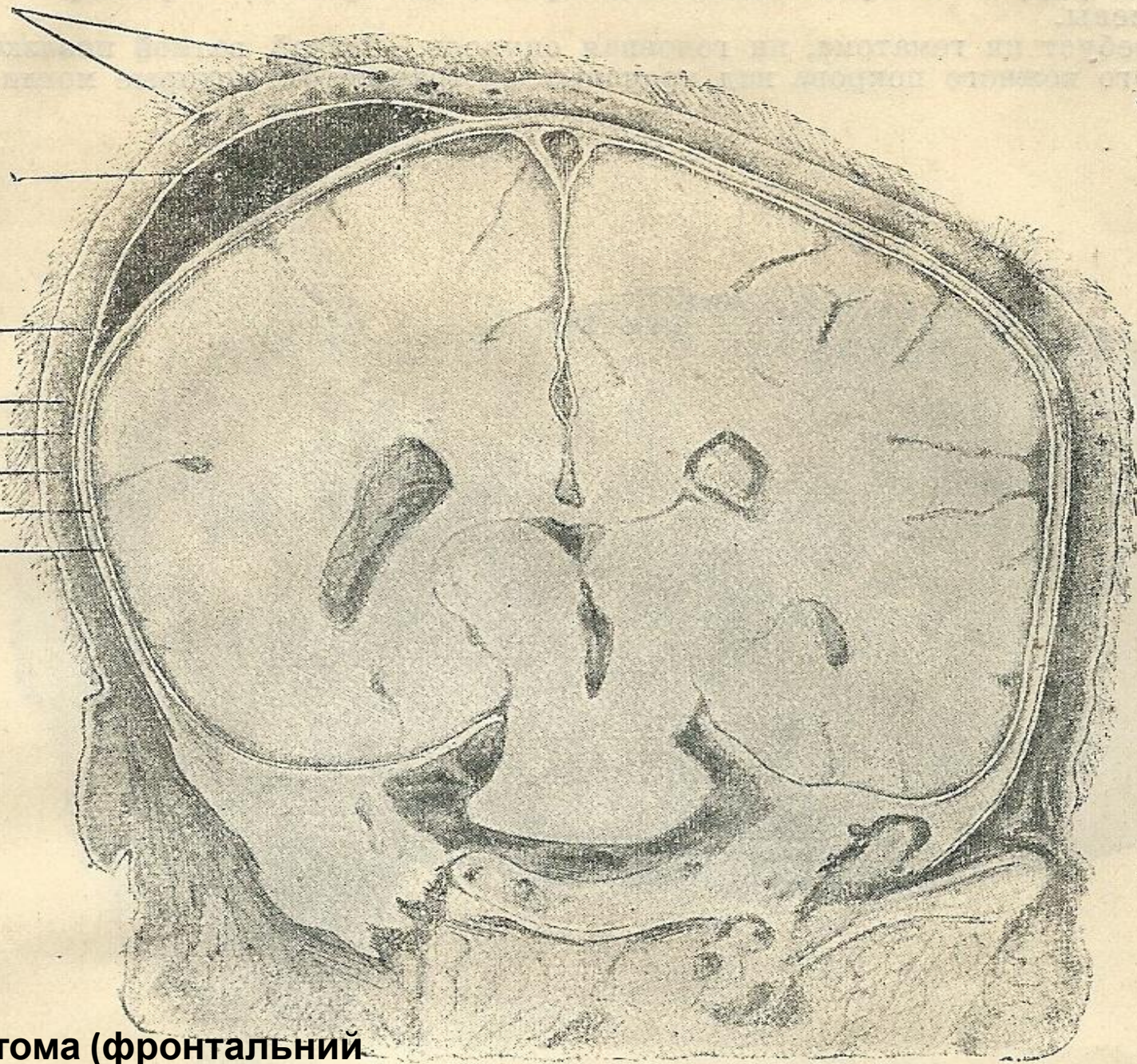
Кожа

Galea

Периост

Кость

Dura



Кефалогематома (фронтальный
эпик)

Значення диспансерного нагляду за вагітними з вузькими тазами. Профілактика ускладнень

1. Своєчасна діагностика анатомічно вузьких тазів.
2. Профілактика великих плодів.
3. Дострокова госпіталізація вагітної в пологовий будинок в терміні 37-38 тижнів (для повного клінічного та параклінічного обстеження та уточнення діагнозу вузького тазу).
4. Вибір оптимального родорозв'язання вагітної з вузьким тазом.

Неправильні положення плода

Неправильні положення плода

Неправильним називають положення, при якому поздовжня вісь плода не співпадає з поздовжньою віссю матки.

До неправильних відносяться:

1. Поперечне;
2. Косе положення.

При поперечному положенні (*situs transversus*) вісь розташована перпендикулярно до осі матки.

При косому положенні (*situs obliquus*) між поздовжньою віссю плода і матки утворюється гострий кут.

Позиція плода в цих випадках визначається за розташуванням голівки – якщо вона ліворуч – перша позиція, праворуч – друга. Вид як і при поздовжніх положеннях, визначається за спиною: якщо вона повернена наперед – передній вид, якщо назад – задній.



Рис. 5.4. Поперечне положення плода:

а — перша позиція, передній вид;

б — друга позиція, задній вид

Причини виникнення неправильних положень:

1. Зниження тонуусу матки (частіше виникають у багатородячих жінок).
2. Багатоводдя та маловоддя.
3. Багатоплідність поєднана з маловоддям.
4. Передлежання плаценти.
5. Аномалії розвитку матки (сідловидна матка).
6. Анатомічно вузькі тази.
7. Пухлини в нижньому сегменті матки.

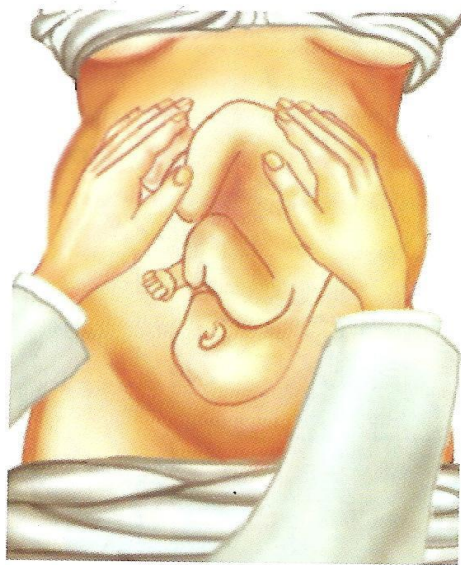
Діагностика неправильних положень плода

Плід набуває стабільного положення в матці після 32 тижневого терміну.

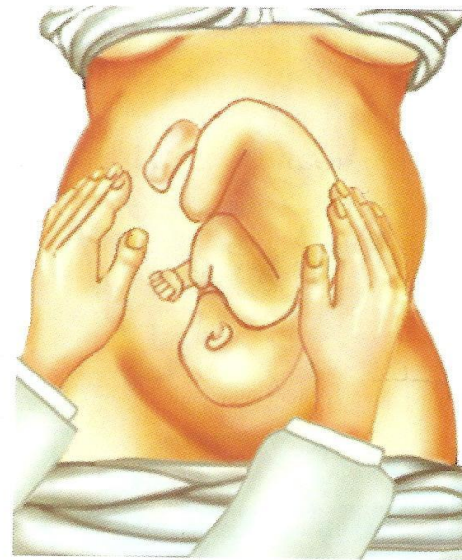
Завдяки правильному диспансерному нагляді ми маємо можливість своєчасно діагностувати неправильне положення плода.

1. Під час огляду вагітної звертає на себе увагу незвичайна форма живота – він не має характерного вигляду овоїду, а розтягнутий впоперек.
2. За допомогою I прийому Леопольда - Левицького, що дно матки стоїть нижче, ніж при поздовжньому положенні плода.
3. При II прийомі Леопольда – голівка і тазовий кінець плода розміщені в бічних відділах матки (голівка ліворуч, сідниці праворуч або навпаки).
4. За III прийомом Леопольда не вдається визначити передлеглу частину, бо вона відсутня.

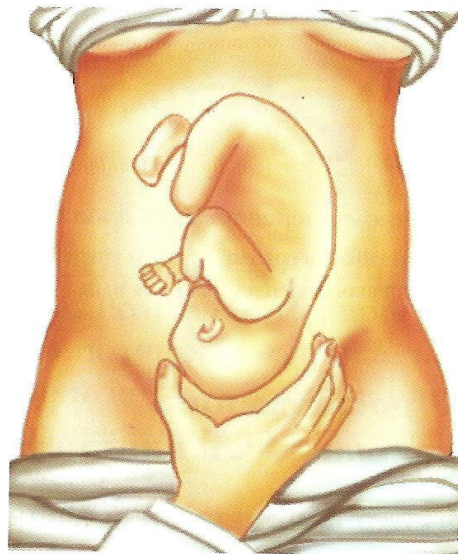
5. Серцебиття плода вислуховується на рівні пупка, ближче до того місця, де лежить голівка плода.
6. В деяких випадках (ожиріння, багатоводдя, багатоплідність, напружена матка) діагностувати неправильне положення можна лише за допомогою УЗД.
7. При вагінальному обстеженні – після вилиття навколоплідних вод, через маткове вічко пальпуємо плече, ребра, ключицю (при задньому виді) або лопатку й остисті відростки хребців (при передньому виді).
8. Також можна пропальпувати передлежання дрібних частин плода, петель пупкового канатика, що дає змогу попередити випадіння пуповини.



I прийом;



II прийом;



III прийом;



IV прийом;

Рис. 5.6. Зовнішнє акушерське дослідження
прийомами Леопольда — Левицького

Тактика ведення вагітних з неправильним положенням плода

1. У 30 -32 тижні вагітності призначають коригувальну гімнастику за методом І.Ф.Диканя та А.Є.Шулешової та І.І.Грищенко.
2. Якщо неправильне положення не піддається виправленню і збереглося при терміні 35-36 тижнів, вагітну госпіталізують в пологовий будинок де проводять повне клінічне та параклінічне обстеження для кесаревого розтину.
3. На сучасному етапі рекомендується при неправильному положенні плода планова операція кесаревого розтину в терміні 38 -39 тижнів.

Можливі ускладнення при поперечних та косих положеннях плода

1. Раннє злиття навколоплідних вод, випадіння ручки або петель пуповини.
2. Гостра гіпоксія плода, пологова травма
3. Формування “запущеного поперечного положення плода”.
4. Загроза розриву матки.
5. Розрив матки. Смерть плода та матері (до 60%).



Рис. 12.10. Запущене поперечне положення

Додаток № 1

Запитання:

1. Коли нормальний таз може бути клінічно вузьким?
2. В яких випадках може сформуватись “запущене поперечне положення плода”?
3. За яким розміром таза визначають ступінь його звуження?
4. Про що говорить від'ємна ознака Вастена?
5. В якому терміні вагітності жінка повинна госпіталізуватись до пологового будинку з вузьким тазом?



Ситуаційні завдання



Задача № 1

Після проведення зовнішньої пельвометрії отримали такі дані: 23 – 26 – 28 – 18.

- Який таз має вагітна жінка?

Задача № 2

В 36 тижнів вагітності визначили у вагітної ВДМ на середині між пупком і мечеподібним відростком грудини.

- Який прийом Леопольда-Левицького використали для визначення ВДМ?
- Де повинно знаходитись дно матки в такому терміні вагітності при правильному положенні плода?

**ДЯКУЄМО ЗА
УВАГУ!**

