

Ханты-Мансийский государственный медицинский
институт
Кафедра акушерства и гинекологии

Лекция:

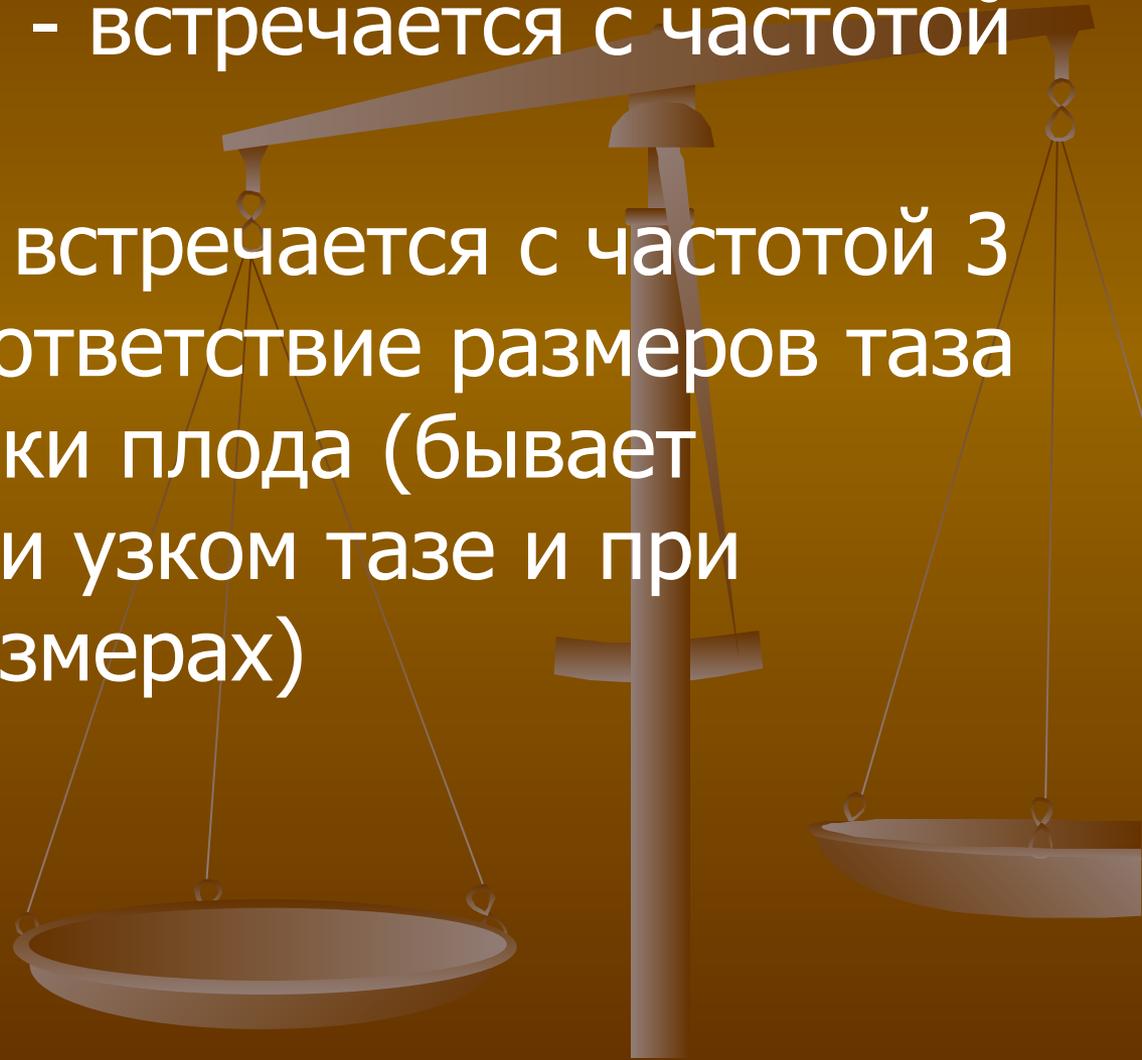
УЗКИЙ ТАЗ

*Докладчик: Зав.кафедрой акушерства и
гинекологии, доцент Соловьева А.В.*



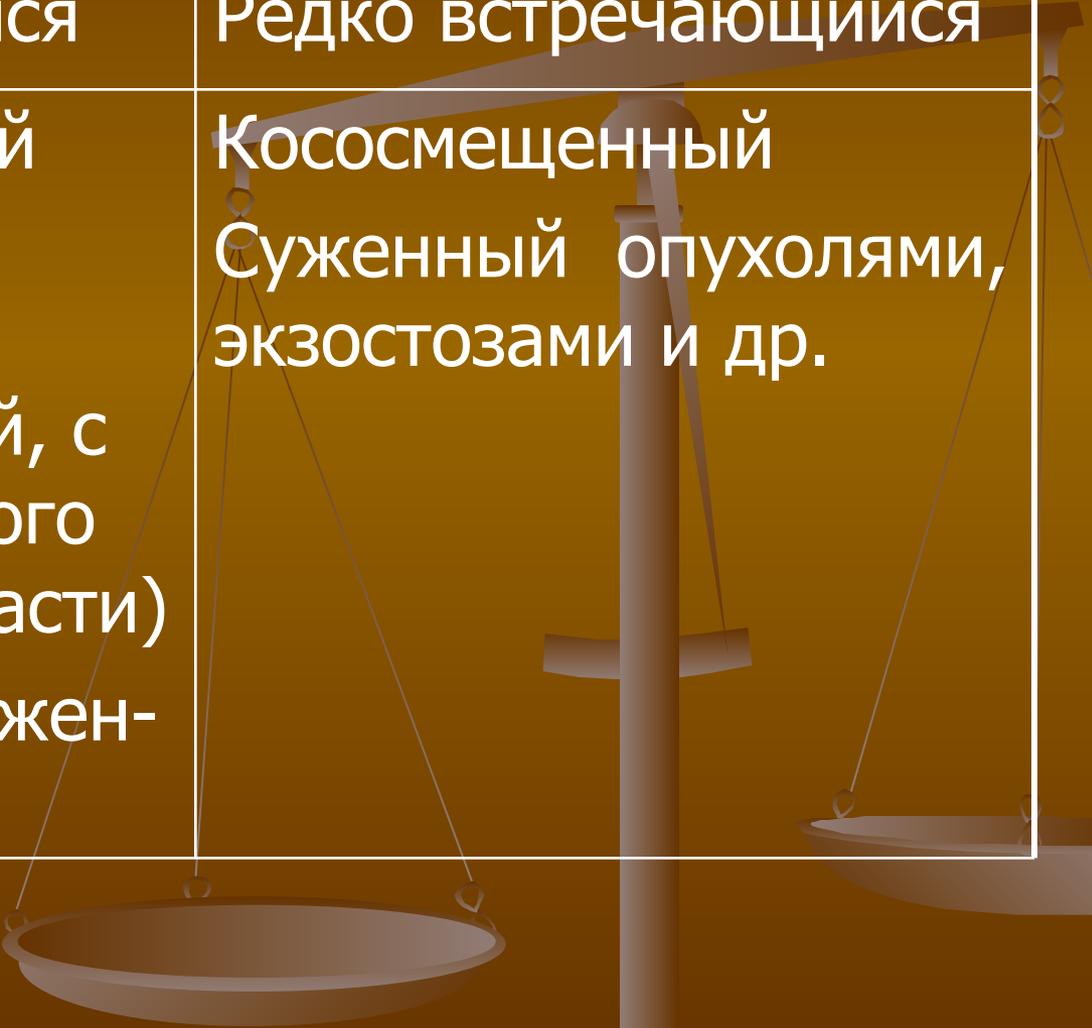
Классификация

- **Анатомический** - встречается с частотой 1 - 8%
- **Клинический** – встречается с частотой 3 – 5%, это несоответствие размеров таза матери и головки плода (бывает анатомически узком тазе и при нормальных размерах)



По форме:

Часто встречающийся	Редко встречающийся
<p data-bbox="112 476 838 554">Поперечносуженный</p> <p data-bbox="112 586 967 1019">Плоские (простой плоский, плоскоррахитический, с уменьшением прямого размера широкой части)</p> <p data-bbox="112 1052 958 1205">Общеравномерносуженный</p>	<p data-bbox="1006 476 1572 554">Кососмещенный</p> <p data-bbox="1006 586 1808 748">Суженный опухолями, экзостозами и др.</p>



Причины:

На 1 месте - поперечносуженные тазы

- В связи с быстрым ростом в длину в период полового развития
- Эмансипация (спорт, танцы, физ. нагрузки)

На 2 месте с уменьшением прямого размера широкой части

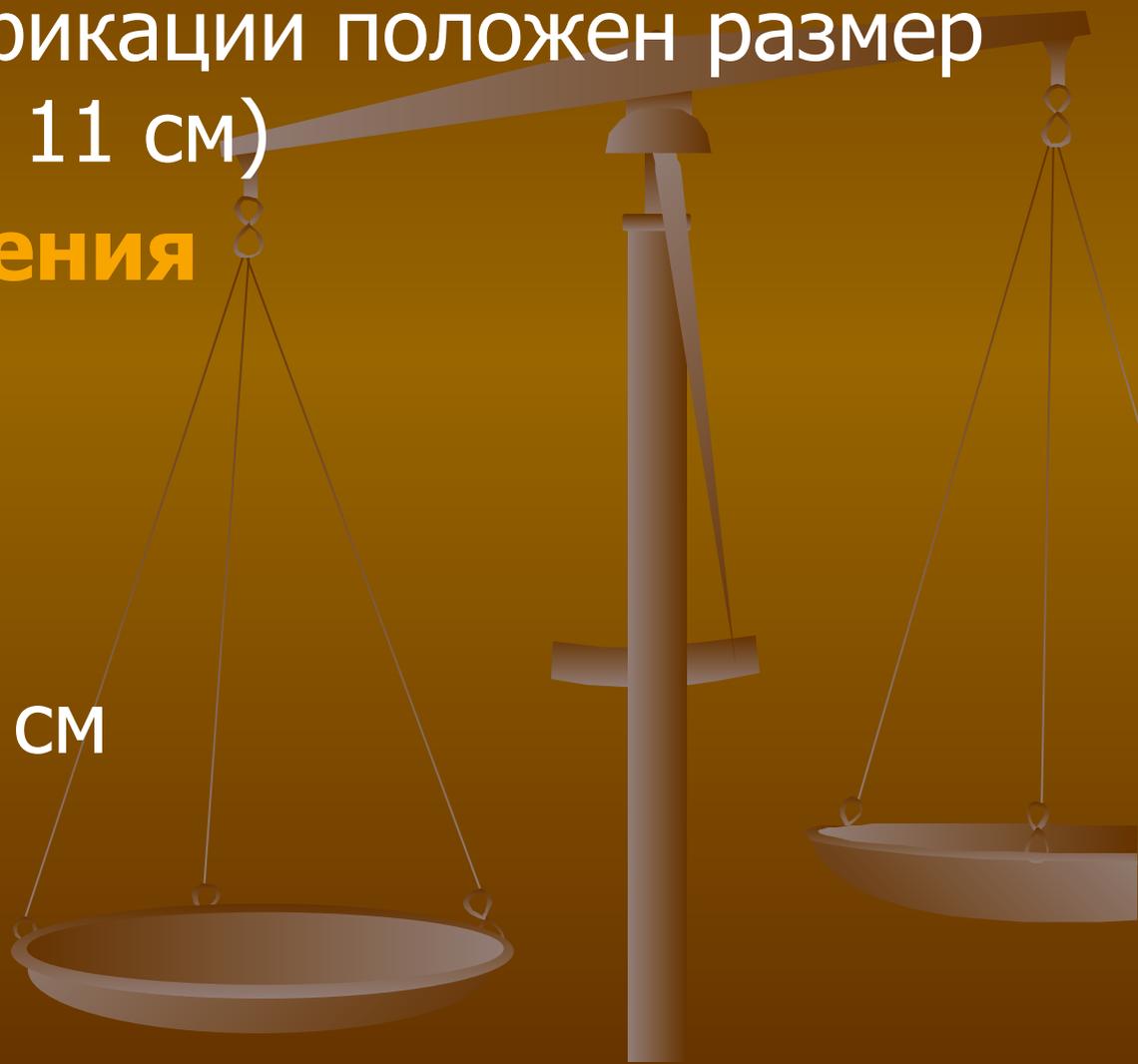
Рентгенопельвиометрия увеличивает диагностику анатомически узкого таза.

По степени сужения:

В основе классификации положен размер с. vera (в № = 11 см)

4 степени сужения

- 1 ст. – 11-9 см
- 2 ст. – 9 – 7 см
- 3 ст. – 7 – 5 см
- 4 ст. – менее 5 см



Поперечносуженный таз

- Поперечный размер входа при поперечносуженном тазе – **3 степени сужения**
 - 1 ст. – 12,5 – 11,5 см
 - 2 ст. – 11,5 – 10,5 см
 - 3 ст. – менее 10,5 см



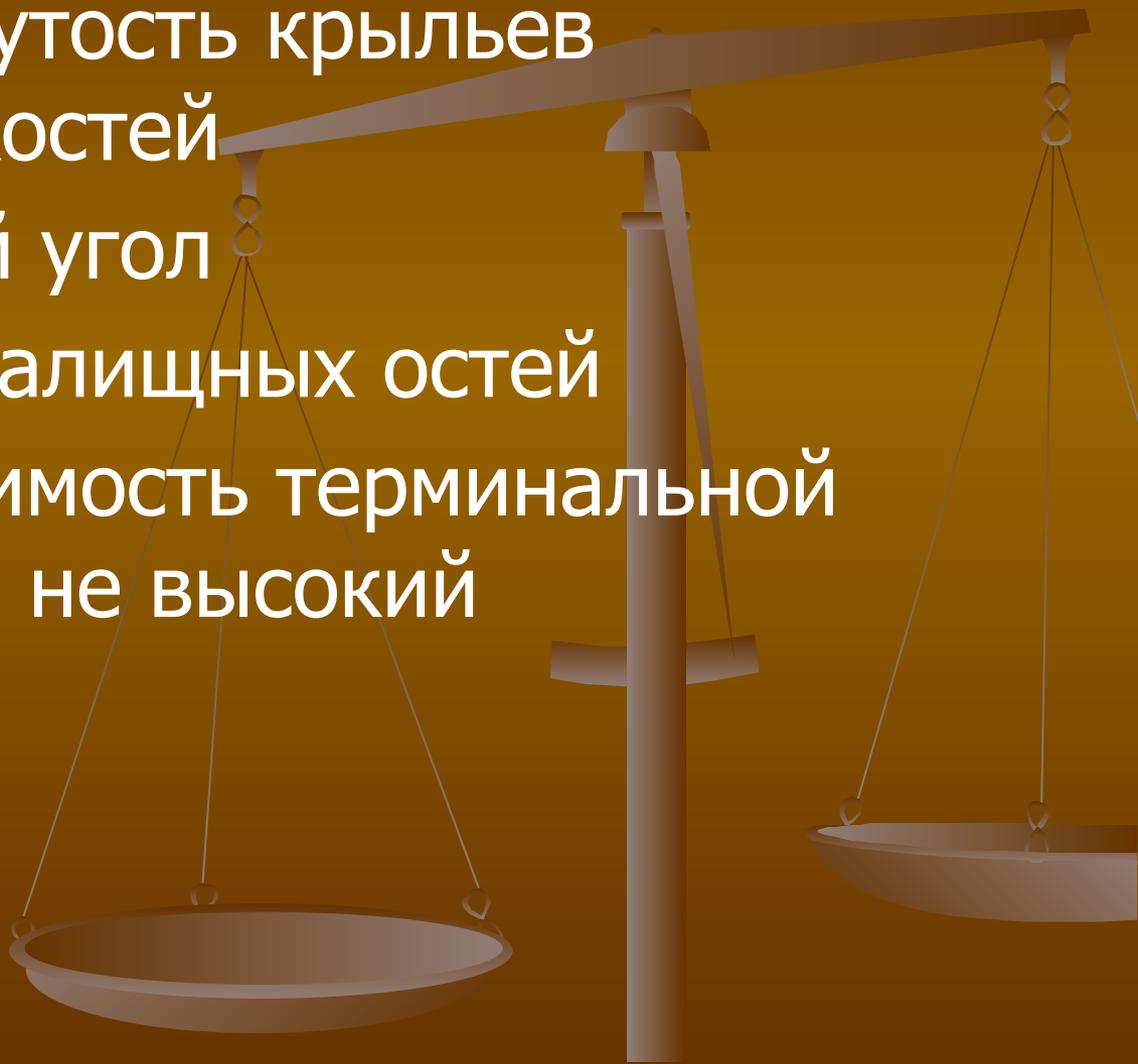
Методы измерения истинной конъюгаты:

- Рентгенопельвиометрия
- *S. externa*
- *S. diagonalis*
- По ромбу Михаелиса (размер Лицмана уменьшен)
- УЗС
- ЯМР



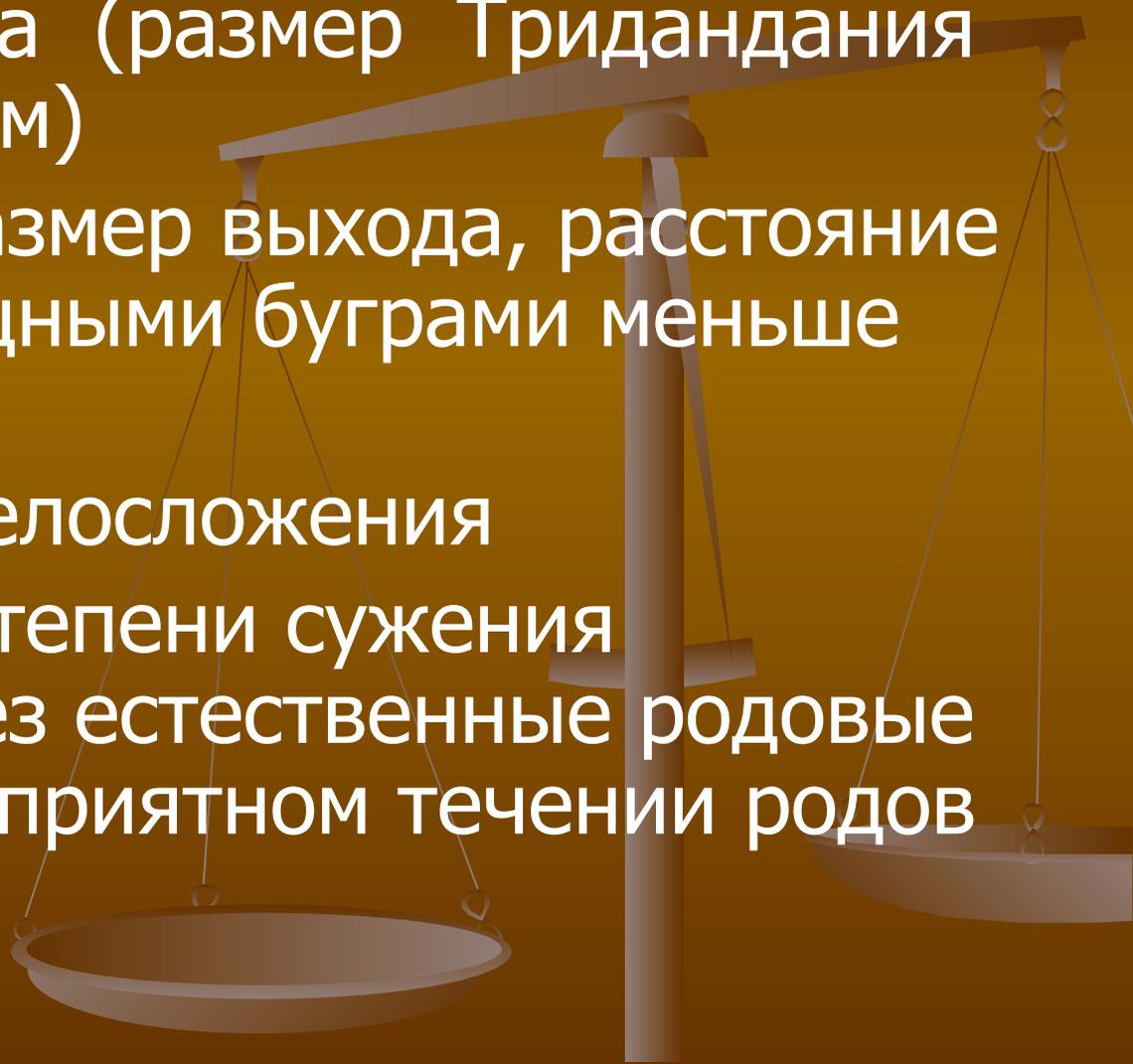
Поперечносуженный таз

- Малая развернутость крыльев подвздошных костей
- Острый лонный угол
- Сближение седалищных остей
- Легкая достижимость терминальной линии, т.е. таз не высокий



Поперечносуженный таз

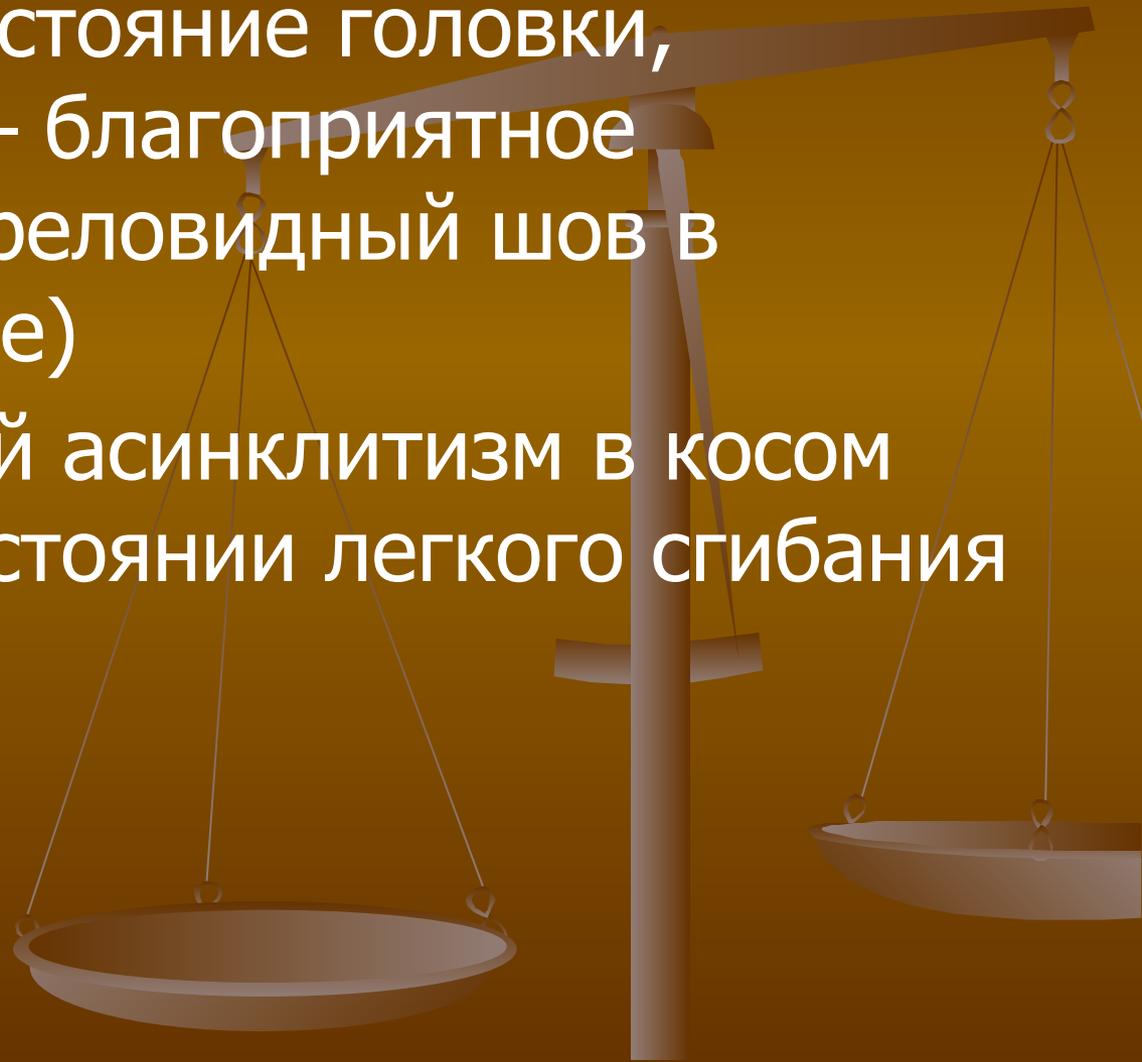
- Ромб Михаэлиса (размер Тридандания → меньше 10 см)
- Поперечный размер выхода, расстояние между седалищными буграми меньше 11 см
- Мужской тип телосложения
- Роды при 1-2 степени сужения возможны через естественные родовые пути при благоприятном течении родов



Особенности биомеханизма родов:

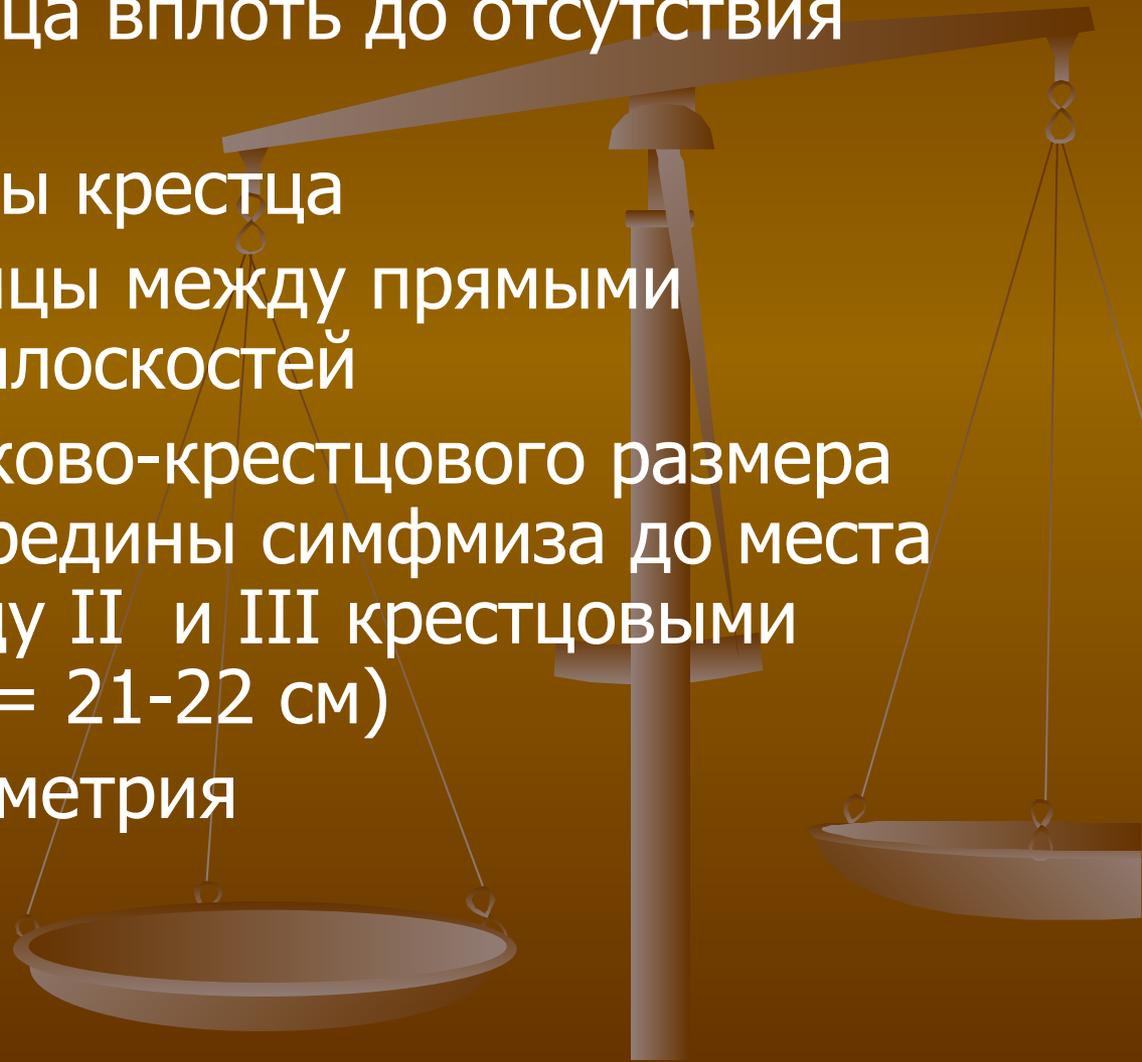
Высокое прямое стояние головки,
передний вид – благоприятное
вставление, стреловидный шов в
прямом размере)

- Косой передний асинклитизм в косом
размере и в состоянии легкого сгибания



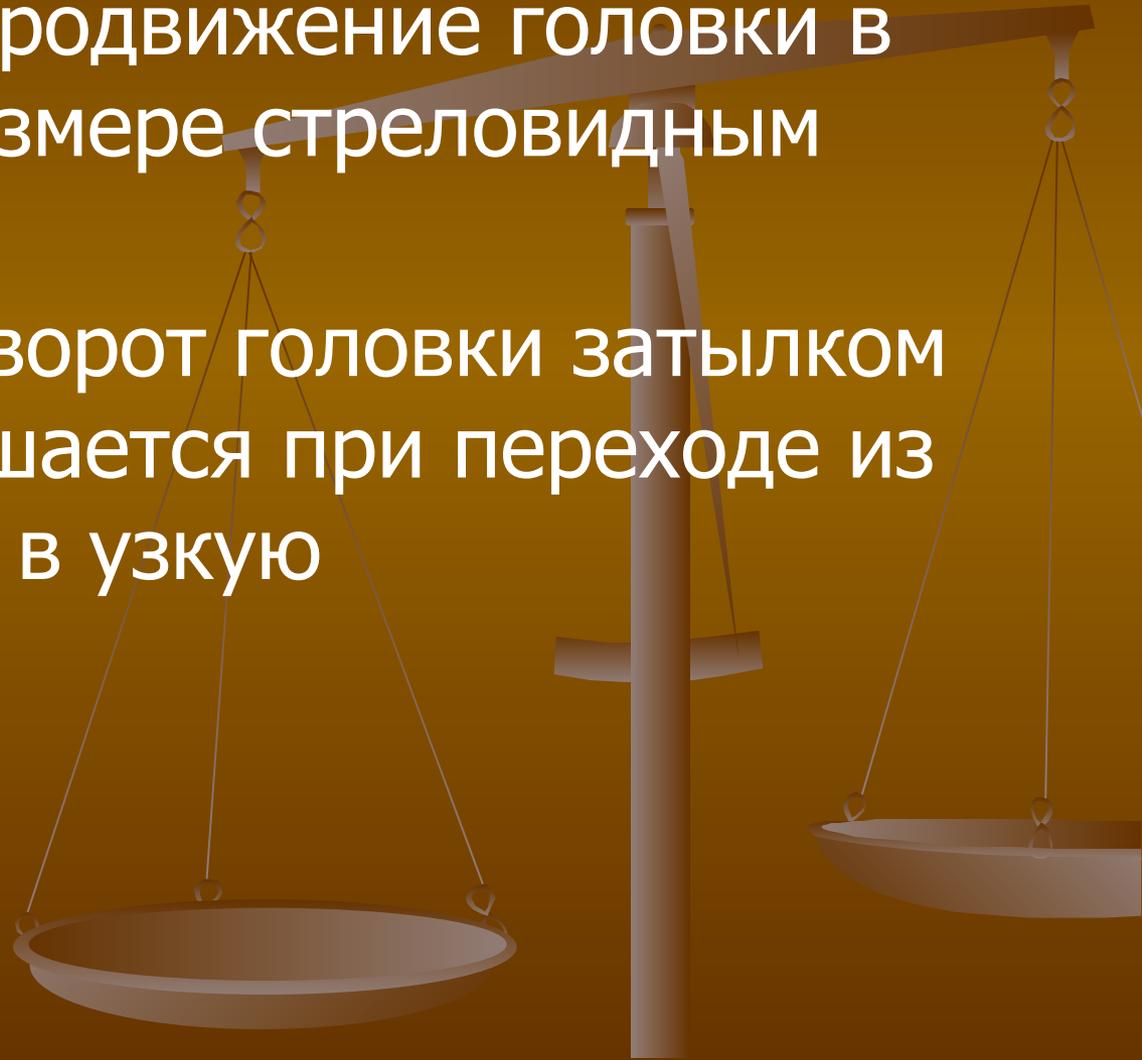
Таз с уменьшением прямого размера широкой части

- Уплотнение крестца вплоть до отсутствия кривизны
- Увеличение длины крестца
- Отсутствие разницы между прямыми размерами всех плоскостей
- Уменьшение лобково-крестцового размера (соединяет от середины симфиза до места сочленения между II и III крестцовыми позвонками, в N = 21-22 см)
- Рентгенопельвиометрия



Особенности биомеханизма родов:

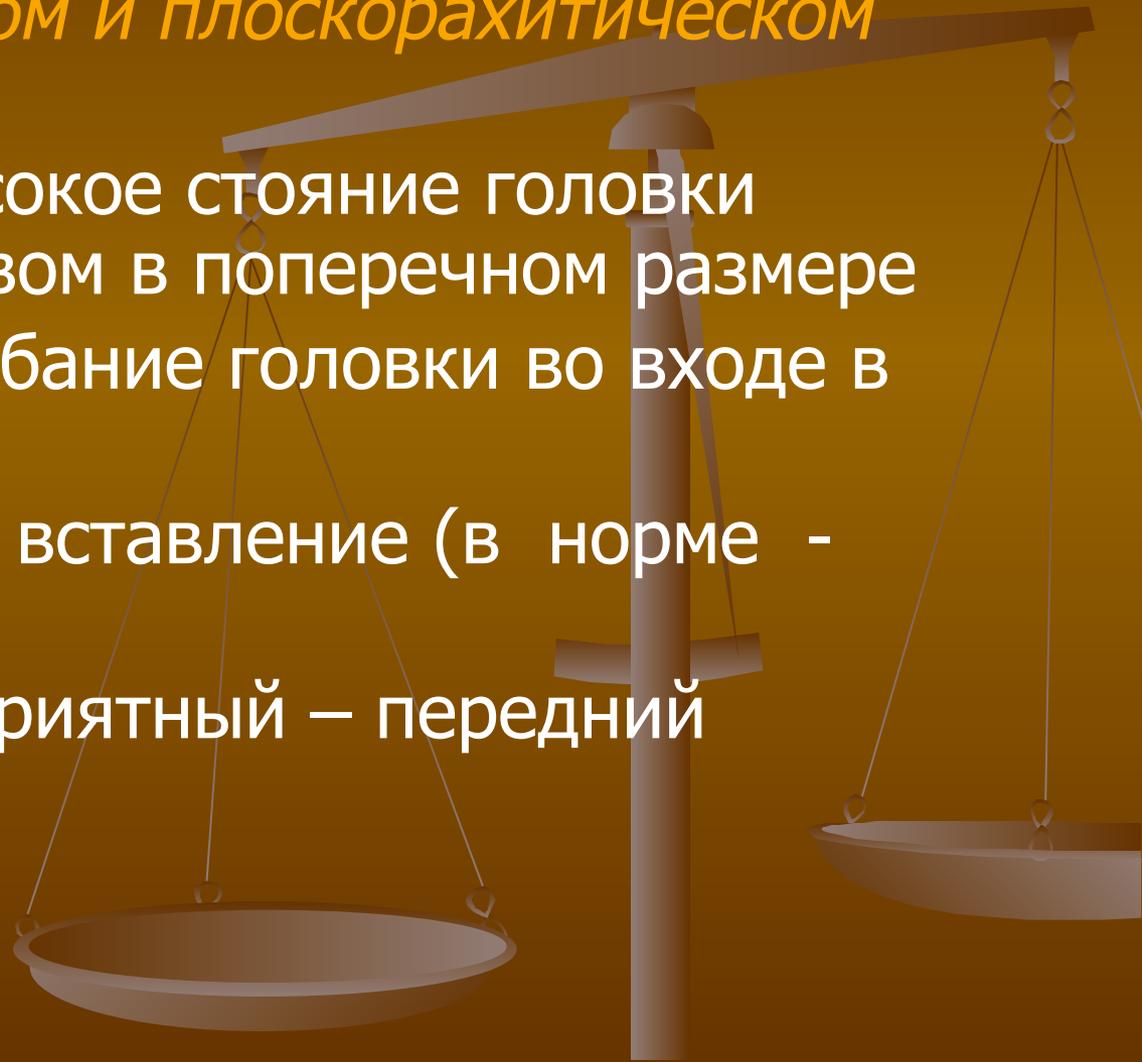
- вставление и продвижение головки в поперечном размере стреловидным швом
- внутренний поворот головки затылком кпереди совершается при переходе из широкой части в узкую



Особенности биомеханизма родов

при простом плоском и плоскоррахитическом тазе

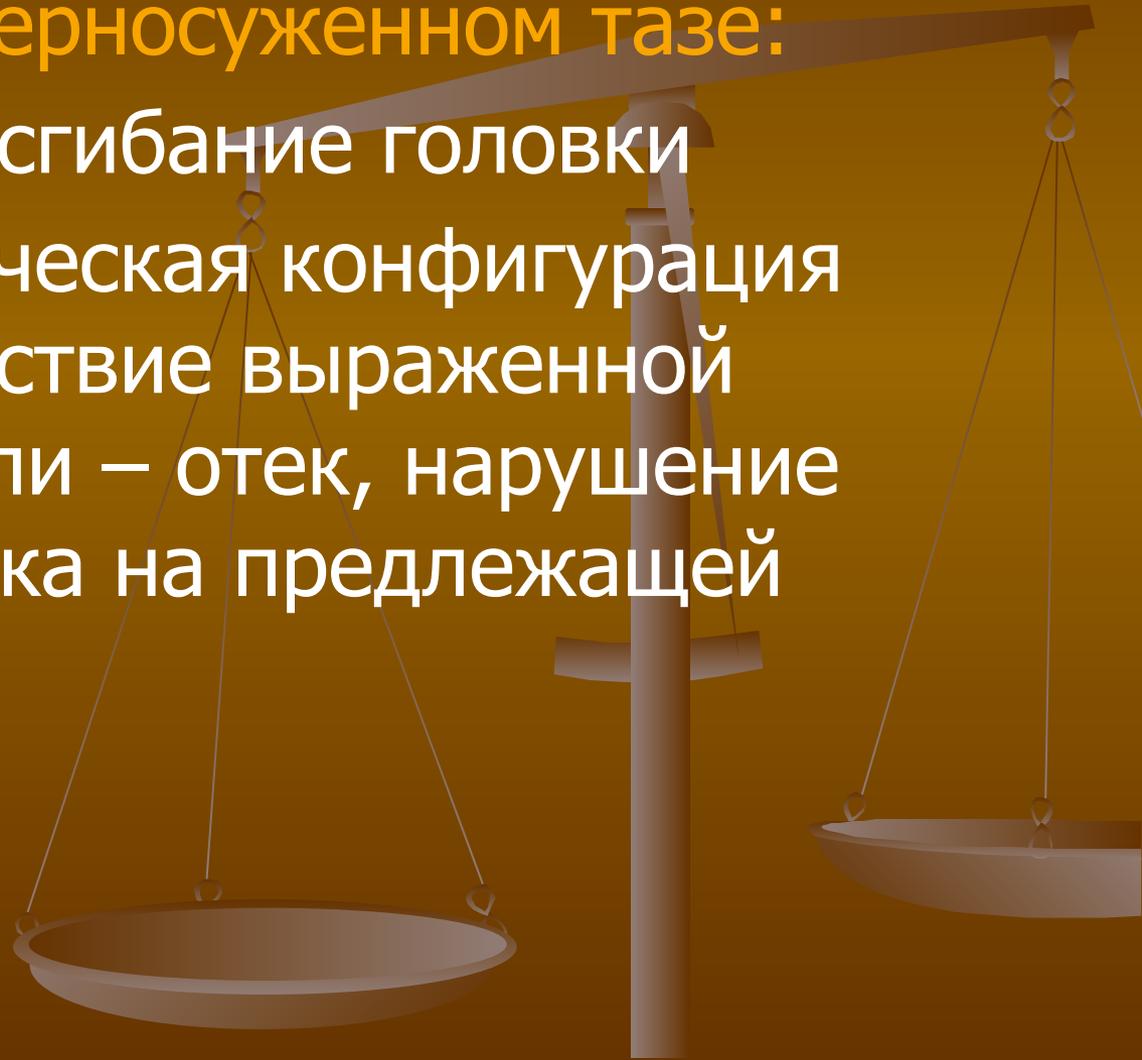
- Длительное, высокое стояние головки стреловидным швом в поперечном размере
- Небольшое разгибание головки во входе в малый таз
- Асинклитическое вставление (в норме - синклитическое)
- Наиболее благоприятный – передний синклитизм



Особенности биомеханизма родов:

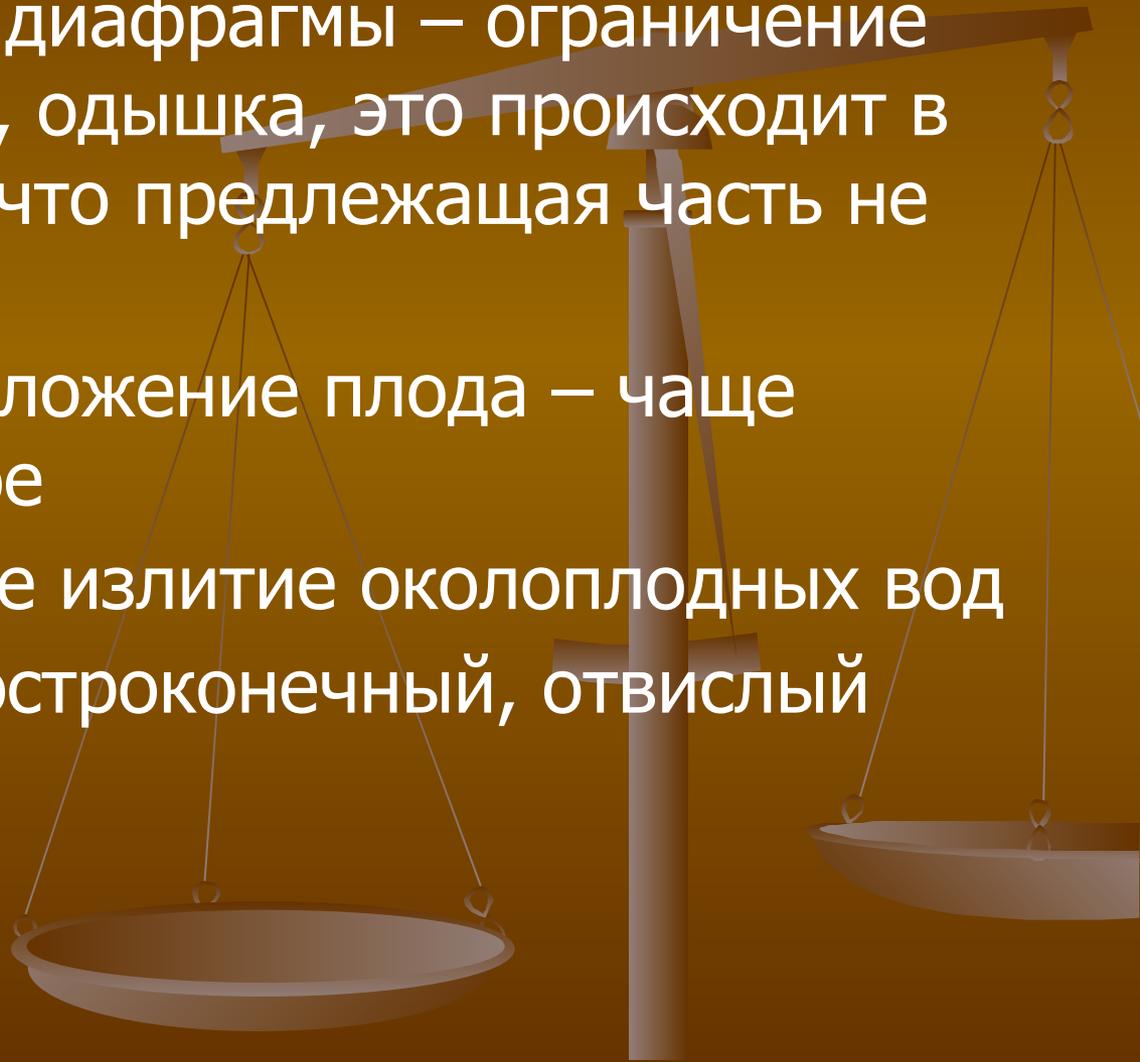
при общеравномерносуженном тазе:

- Максимальное сгибание головки
- Долихоцефалическая конфигурация головки (вследствие выраженной родовой опухоли – отек, нарушение венозного оттока на предлежащей части головы)



Течение беременности:

- Высокое стояние диафрагмы – ограничение экскурсии легких, одышка, это происходит в результате того, что предлежащая часть не опускается
- Неправильное положение плода – чаще косое, поперечное
- Преждевременное излитие околоплодных вод
- У беременной – остроконечный, отвислый живот



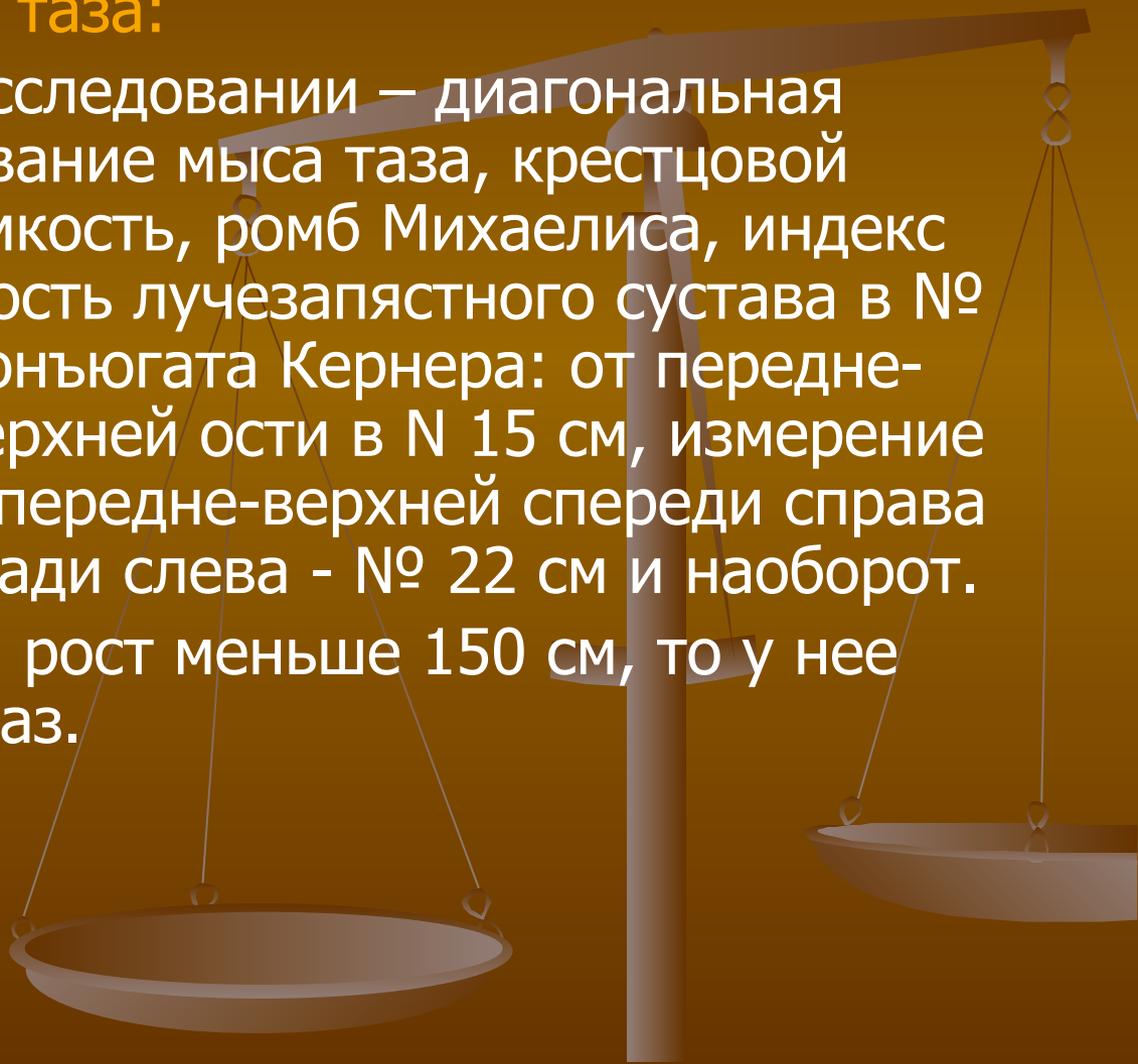
Ведение беременности:

- Необходимо выяснить *анамнез* рахит, анкилоз копчика
- Акушерский анамнез – травмы (какие ? уточнить)
- УЗИ – не более 5 раз за беременность, т.к. кости черепа плода становятся более плотными
- Дородовая госпитализация – для профилактики преждевременного излития околоплодных вод, крупного плода – более 10% женщин имеют крупный плод
- Поливитамины: гендевит, матерна, ценктрум и т.д.
- ЛФК, выделяют отдельные группы

Ведение беременности:

Анатомическая оценка таза:

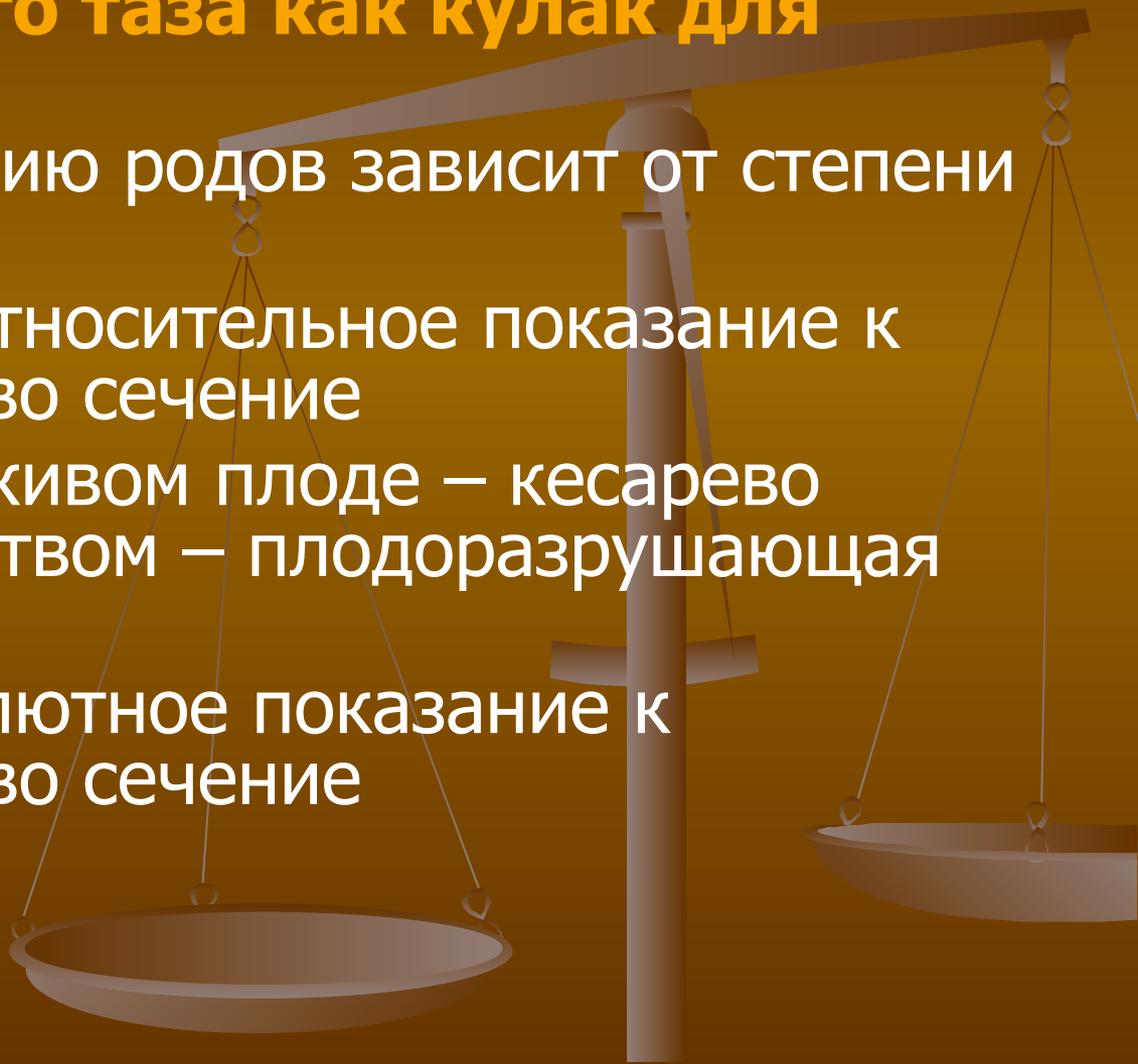
- При влагалищном исследовании – диагональная конъюгата, исследование мыса таза, крестцовой впадины форма и емкость, ромб Михаелиса, индекс Соловьева - окружность лучезапястного сустава в № 14-15 см, боковая конъюгата Кернера: от передне-верхней до задне-верхней ости в N 15 см, измерение косых размеров: от передне-верхней спереди справа до задне-верхней сзади слева - № 22 см и наоборот.
- Рост женщины, если рост меньше 150 см, то у нее обязательно узкий таз.



Ведение родов:

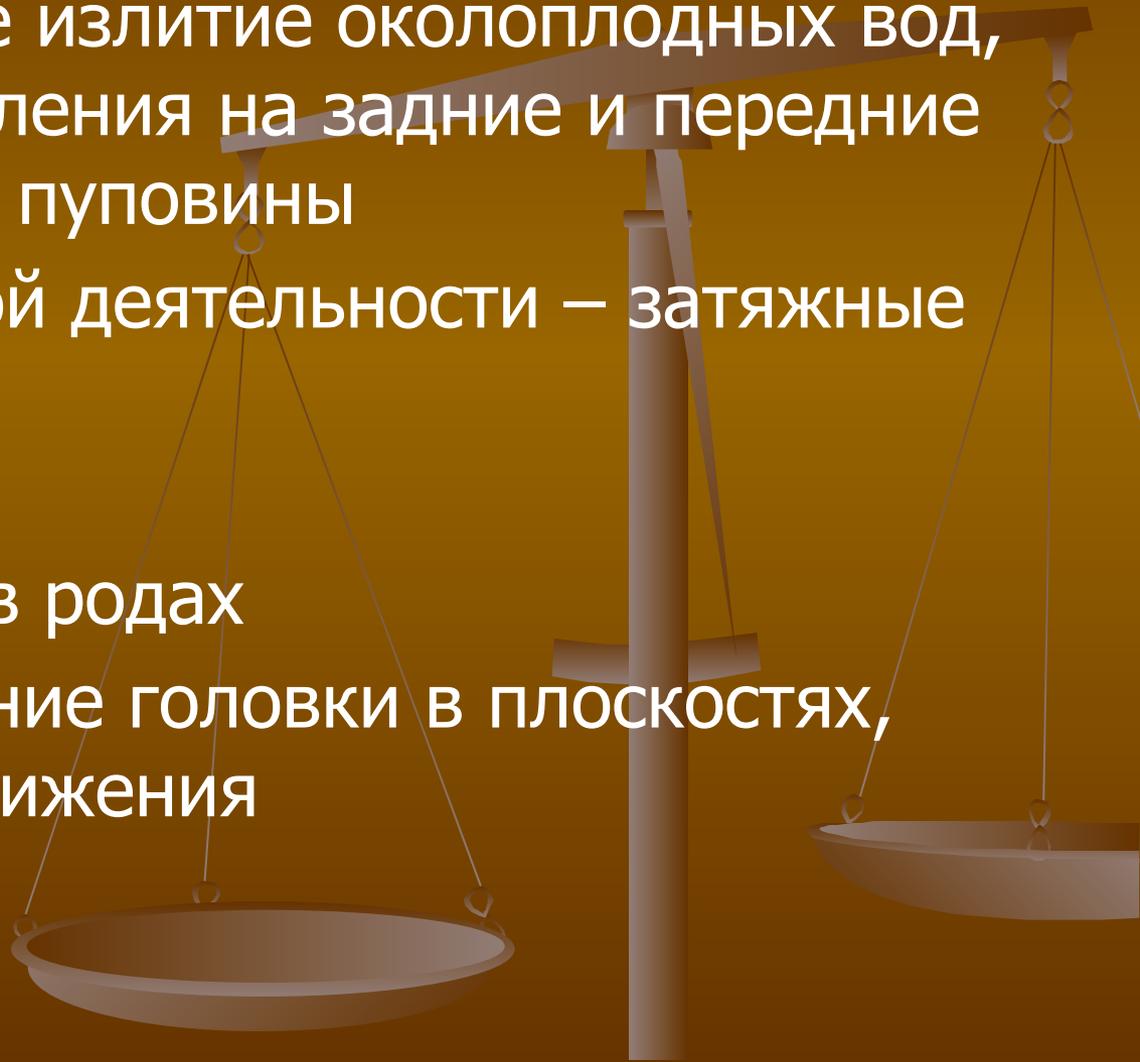
Щипцы для узкого таза как кулак для глаза.

- Тактика по ведению родов зависит от степени сужения:
- 1 и 2 степень – относительное показание к операции кесарево сечение
- 3 степень – при живом плоде – кесарево сечение, при мертвом – плодоразрушающая операция
- 4 степень – абсолютное показание к операции кесарево сечение



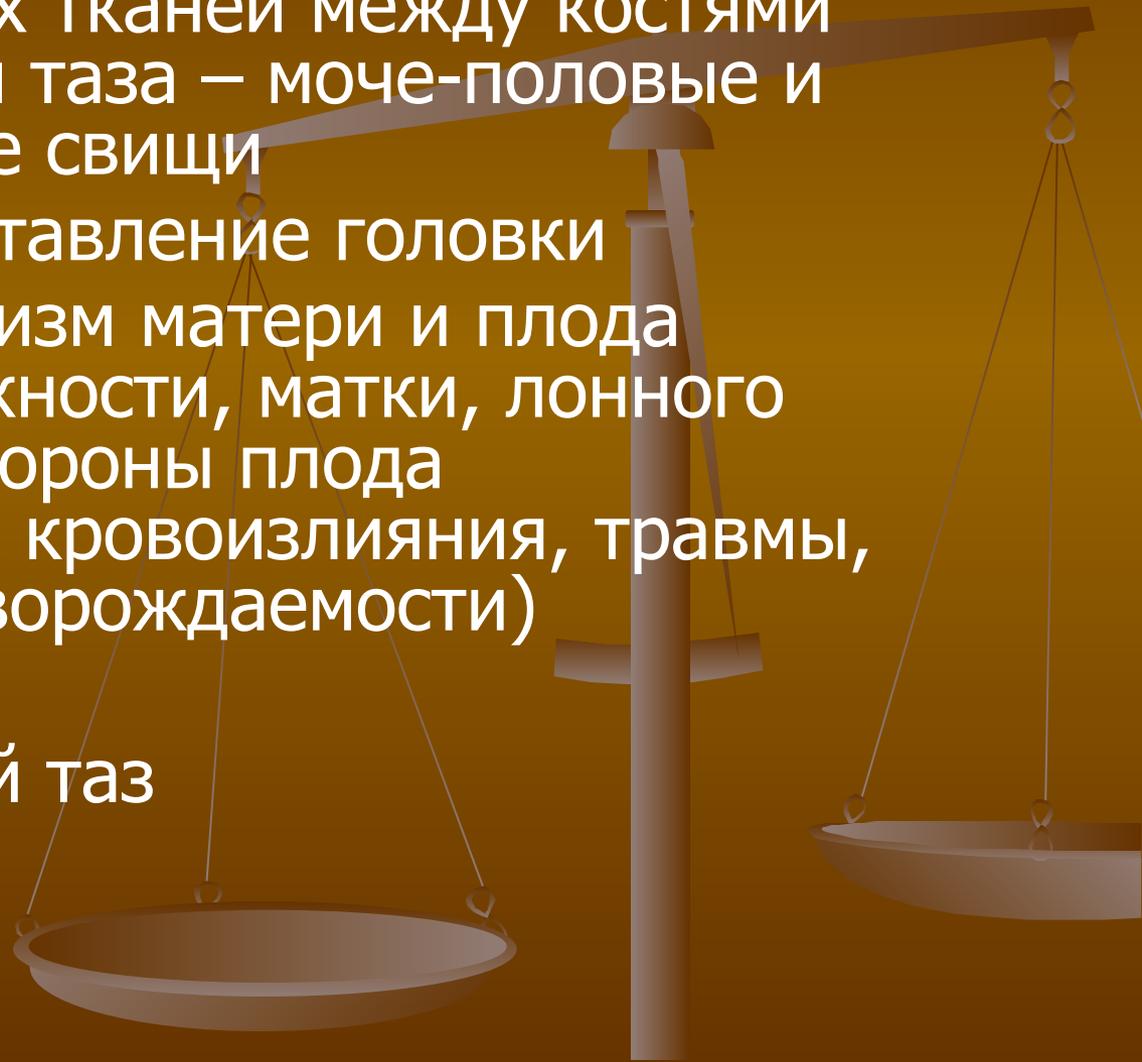
В родах возможны осложнения:

- Несвоевременное излитие околоплодных вод, отсутствие разделения на задние и передние воды, выпадение пуповины
- Аномалии родовой деятельности – затяжные роды
- Гипоксия плода
- Инфицирование в родах
- Длительное стояние головки в плоскостях, отсутствие продвижения



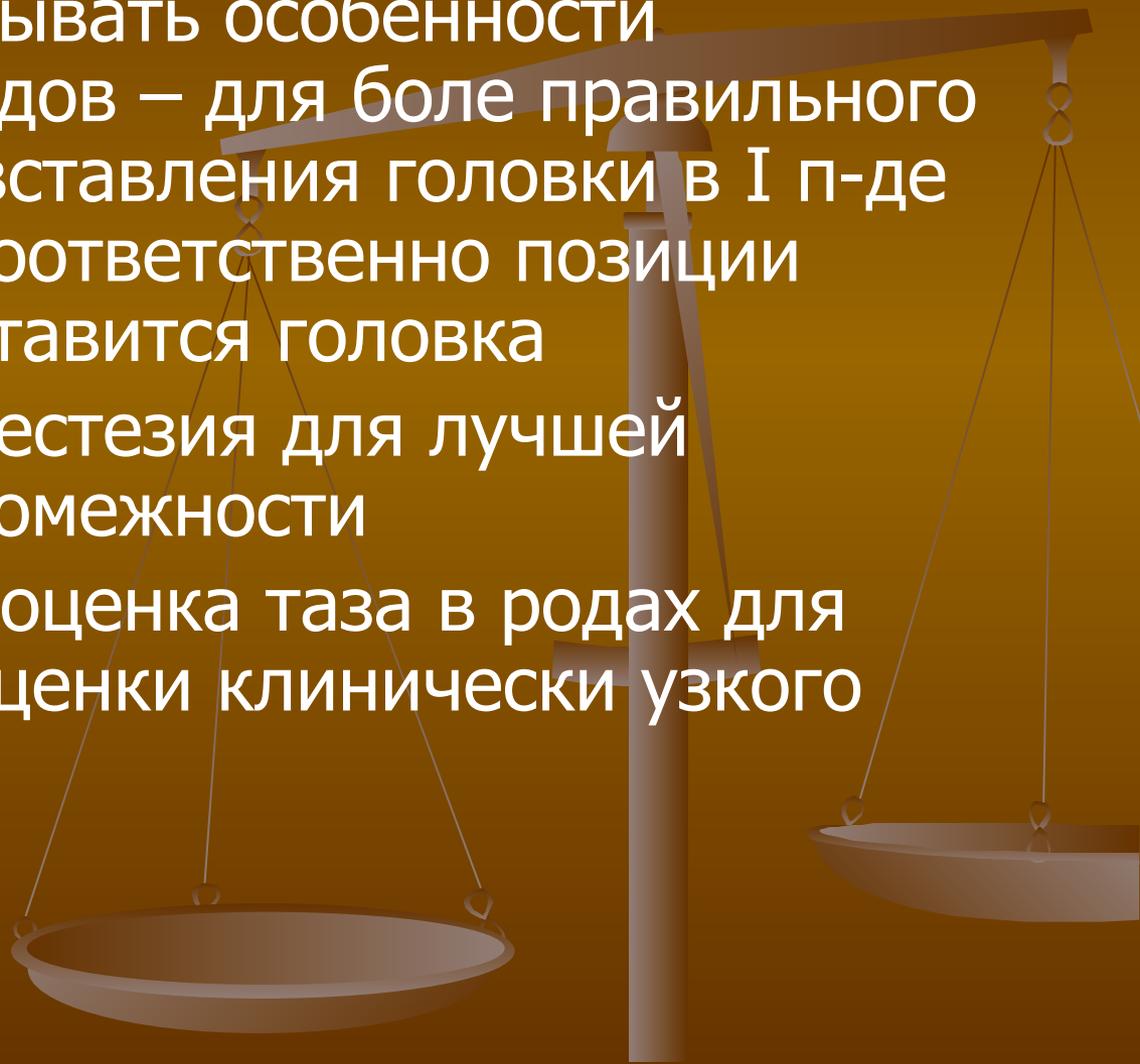
В родах возможны осложнения:

- Сдавление мягких тканей между костями черепа и костями таза – моче-половые и кишечно-половые свищи
- Неправильное вставление головки
- Высокий травматизм матери и плода (разрывы промежности, матки, лонного сочленения) со стороны плода (внутричерепные кровоизлияния, травмы, высокий % мертворождаемости)
- Кровотечение
- Клинически узкий таз



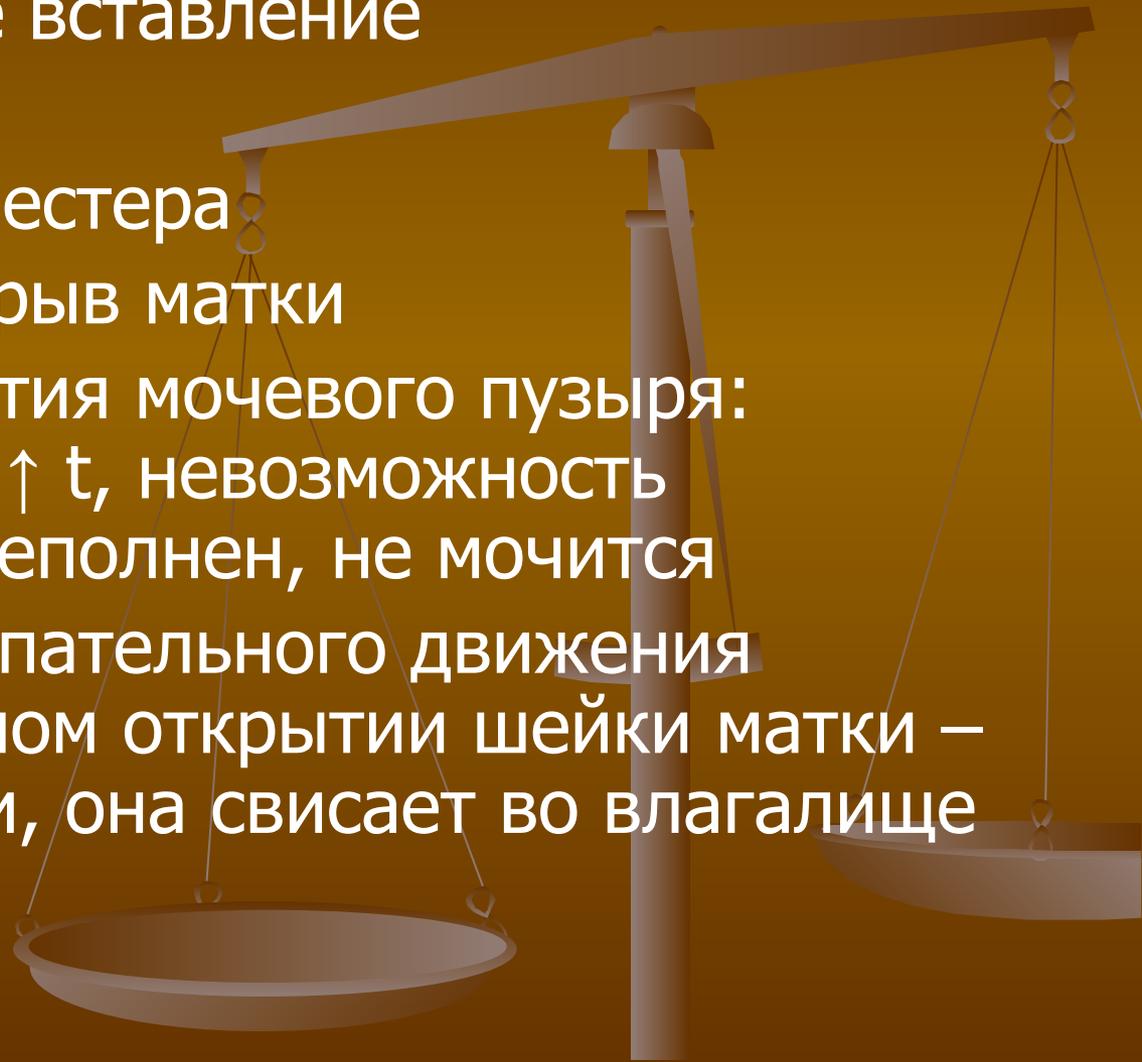
Для профилактики данных осложнений:

- Необходимо учитывать особенности биомеханизма родов – для более правильного благоприятного вставления головки в I п-де лежать на боку соответственно позиции плода пока не вставится головка
- Пудендальная анестезия для лучшей растяжимости промежности
- Функциональная оценка таза в родах для своевременной оценки клинически узкого таза



Признаки клинически узкого таза:

- Неблагоприятное вставление
- Признак Вастена
- Признак Цангейместера
- Угрожающий разрыв матки
- Симптомы прижатия мочевого пузыря: макрогематурия, $\uparrow t$, невозможность катетизации, переполнен, не мочится
- Отсутствие поступательного движения головки при полном открытии шейки матки – отек шейки матки, она свисает во влагалище



Клинически узкий таз

- При диагностике – кесарево сечение в экстренном порядке, родоусиление противопоказано, т.к. может быть разрыв матки. Если плод мертв – то плодоразрушающая операция. Выполняется пудендальная анестезия для лучшего растяжения промежности (эпизио- перинеотомия). Пробные роды неприемлимы.

