

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В.Ф.ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И
СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ» ГОУ ВПО

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

На тему: «Узкий таз. Диагностика. Особенности течения беременности и ведения родов»

Выполнила:
Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
Жилина П.В

Проверил:
Ассистент Коновалов В.Н.



Красноярск 2019

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение
2. Классификация узкого таза
3. Течение беременности при узком тазе
4. Течение родов при узком тазе
5. Ведение родов при узком тазе
6. Список литературы

ВВЕДЕНИЕ

Учение об узком тазе сложилось в результате проведения многочисленных исследований анатомов и акушеров. В течение многих столетий до XVI века существовало убеждение, что кости таза во время родов расходятся и плод родился, упираясь ножками в дно матки. В 1543 г. Везалий, впервые описавший таз, установил, что лобковые кости соединены в симфизе неподвижно. Аранций (1572) подтвердил мнение Везалия о неподвижном соединении костей таза и описал деформации его. В 1701 г. Девентер описал общесуженный и плоский таз и отметил особенности течения родов в зависимости от формы и степени сужения. В дальнейшем (XVIII и XIX века) проблему узкого таза изучали Левре, Смелли, Редерер, Литцман, Н. М. Максимович-Амбодик, Михаэлис, А. Я. Крассовский, Н. Н. Феноменов и другие акушеры. Были получены ценные данные о частоте, формах и степени сужения, о механизме родов, об их осложнениях, исходе для роженицы и плода и др.

Узкий таз, по данным разных авторов, встречается в 2,6—15 — 20% случаев. Такие колебания в значительной мере объясняются отсутствием единой классификации узкого таза, разницей в определении границ между нормальным и узким тазом. Одни авторы считали таз узким даже при незначительном укорочении его размеров, другие считали признаком узкого таза наружную конъюгату, равную 17,5 см и меньше.

КЛАССИФИКАЦИЯ УЗКОГО ТАЗА

Классификация узкого таза по форме сужения. Различают часто встречающиеся и редкие формы сужения таза.

А. Часто встречающиеся формы:

1. Общеравномерносуженный таз.
2. Поперечносуженный таз.
3. Плоский таз: а) простой плоский таз, б) плоскорихитический таз.

4. Общесуженный плоский таз. Б. Редко встречающиеся формы:

1. Кососмещенный и кососуженный таз.
2. Ассимиляционный таз.

3. Воронкообразный таз.
4. Кифотический таз и другие редкие формы.
5. Спондилодиететический таз.
6. Остеомалятический таз.
7. Таз, суженный экзостозами и костными опухолями.

Часто встречающиеся формы узкого таза.

Общеравно-мерносуженный таз. Все размеры (прямые, поперечные и косые) уменьшены на одинаковую величину, чаще всего на 1 — 2 см. Общеравномерносуженный таз встречается чаще, чем другие формы узкого таза (около 40—45% от общего числа случаев узкого таза). Общеравномерносуженный таз чистого типа наблюдается у женщин небольшого роста, правильного телосложения; таз имеет правильную форму нормального, хорошо развитого таза, но все размеры его уменьшены.

Примерные размеры общеравномерносуженного таза: *distantia spi-narum* — 24 см, *distantia cristarum* — 26 см, *distantia trochanterica* — 28 см, *conjugata externa* — 18 см, *conjugata diagonalis* — 11 см, *conjugata vera* — 9 см.

Наблюдаются следующие разновидности общеравномерносуженного таза. Инфантильный таз. Встречается у женщин при морфологических и функциональных признаках инфантилизма: недоразвитые вторичные половые признаки, нарушение менструальной функции и др. Наряду с укорочением всех размеров таз сохраняет некоторые признаки, присущие детскому возрасту: крестец узок и малоизогнут, мыс стоит высоко, лобковый угол острый.

Таз мужского типа. Бывает у женщин высокого роста с признаками интерсексуальности (массивные кости, оволосение по мужскому типу и др.). По строению таз приближается к мужскому: высокая воронкообразная форма полости, острый лобковый угол

Карликовый таз. Крайняя степень сужения общеравномерносуженного таза. Встречается чрезвычайно редко у женщин маленького роста (120—145 см), но пропорционального сложения.

Поперечносуженный таз. Характеризуется уменьшением поперечных размеров таза на 0,5 - 1 см и более при нормальном (или увеличенном) размере истинной конъюгаты. Форма

входа малого таза круглая или продольно-овальная вместо поперечно-овальной, присущей нормальному тазу женского типа. При поперечном сужении таза нередко наблюдается уплощение крестца. Диагноз ставится при рентгеновском или ультразвуковом исследовании потому, что клинические признаки, в том числе измерение большого таза, недостаточно информативны. Имеет диагностическое значение уменьшение поперечного размера крестцового ромба. По данным ряда авторов, поперечносуженный таз составляет 20—30% от всех случаев узкого таза.

Плоский таз. В нем укорочены прямые размеры при обычной величине поперечных и косых размеров. Сужение бывает двояким: 1) укорочены все прямые размеры — простой плоский таз; 2) укорочен только прямой размер входа (истинная конъюгата) — плоскоррахитический таз.

Простой плоский таз. Весь крестец приближен к лобковому симфизу; в связи с этим имеется укорочение всех прямых размеров: входа, полости и выхода. Поперечные и косые размеры нормальной величины. Деформаций костей таза и скелета нет. У женщин с простым плоским тазом телосложение обычное. Простой плоский таз встречается нечасто, сужение таза редко бывает значительным. Примерные размеры простого плоского таза: *distantia spinarum* — 26 см, *distantia cristarum* — 29 см, *distantia trochanterica* — 30 см, *conjugata externa* — 18 см, *conjugata diagonalis* — 11 см, *conjugata vera* — 9 см.

Плоскоррахитический таз. Имеет ряд деформаций. Крылья подвздошных костей развернуты, расстояние между передневерхними остями подвздошных костей увеличено, *distantia spinarum* по своей величине приближается к *distantia cristarum*. При значительной рахитической деформации таза *distantia spinarum* равняется *distantia cristarum* или даже превышает ее величину: в норме *distantia spinarum* меньше *distantia cristarum* на 3 см. Крестец укорочен, уплощен и повернут вокруг горизонтальной оси так, что основание его приближается к симфизу, а верхушка вместе с копчиком направлена кзади, мыс крестца резко выступает кпереди. Иногда копчик вместе с нижним крестцовым позвонком загнут кпереди (крючкообразно). В связи с поворотом основания крестца мысом кпереди вход в таз имеет почкообразную форму, прямой размер входа уменьшен, поперечные и косые размеры обычные. Чем значительнее выступает кпереди мыс, тем более укорочена истинная конъюгата. Иногда на передней поверхности плоского крестца возникает добавочный (ложный) мыс, образовавшийся в результате окостенения хряща между I и II крестцовыми позвонками. Добавочный мыс может представлять затруднения для продвижения предлежащей части плода. Размеры выхода таза увеличены. Прямой размер выхода увеличен в связи с

отклонением верхушки крестца кзади. Поперечный размер выхода таза увеличен, так как седалищные бугры находятся на большем расстоянии один от другого, чем в нормальном тазу; лобковый угол в плоскорахитическом тазу тупой. Размеры полости плоскорахитического таза обычные или несколько увеличены. Таким образом, для плоскорахитического таза характерны: 1) уменьшение главного размера — прямого размера входа в таз (истинная конъюгата); 2) деформация всех костей таза (особенно крестца); 3) изменение формы входа: значительное преобладание поперечных размеров, вид почки, карточного сердца; 4) относительное увеличение выхода таза.

Общесуженный плоский таз. В нем уменьшены все размеры, но прямые размеры укорочены больше всех остальных. Обычно больше других размеров укорочен прямой размер входа. Общесуженный плоский таз возникает обычно при сочетании инфантилизма и рахита, перенесенного в детстве. Этим и объясняются особенности данного таза: он узок вообще и, кроме того, уплощен вследствие наибольшего укорочения прямых размеров. Примерные размеры общесуженного плоского таза: *distancia spinarum* — 23—24 см, *distancia cristarum* — 24—25 см, *distancia trochanterica* — 27—28 см, *conjugata externa* — 15—16 см, *conjugata diagonalis* — 9 см, *conjugata vera* — 7 см.

Общесуженный плоский таз обычно представляет значительные затруднения для родов. Он встречается значительно реже, чем общеравномерносуженный, поперечносуженный и плоский таз.

Редко встречающиеся формы узкого таза.

Кососмещенный (асимметричный) таз. Возникает после перенесенного в детстве рахита и гонита, вывиха тазобедренного сустава или неправильно сросшегося перелома бедра или костей голени. При указанных заболеваниях и последствиях травм больная наступает на здоровую ногу и туловище находит опору в здоровом тазобедренном суставе. Постепенно область таза, соответствующая здоровому тазобедренному (коленному) суставу, вдавливается внутрь; половина таза на стороне здоровой ноги становится уже. Причиной кососуженного таза может быть сколиоз, при котором тяжесть туловища на конечности распределяется неравномерно, в результате чего вертлужная впадина на здоровой стороне вдавливается и таз деформируется.

Кососмещенный таз (коксальгический, сколиотический) не всегда препятствует течению родов, так как сужение обычно бывает небольшим. Сужение одной стороны компенсируется тем, что другая является сравнительно просторной.

Ассимиляционный («длинный») таз. Характеризуется увеличением высоты крестца вследствие его сращения с V поясничным позвонком («сакрализация», «ассимиляция»). При этом происходит уменьшение прямых размеров полости таза, что может служить препятствием для прохождения головки через родовой канал. Распознавание возможно при рентгенографии.

Воронкообразный таз. Встречается редко; возникновение его связывают с нарушением развития таза на почве эндокринных расстройств. Воронкообразный таз характеризуется сужением выхода таза. Степень сужения возрастает сверху вниз, вследствие чего полость таза приобретает вид воронки, суживающейся к выходу. Крестец удлиннен, лобковая дуга узкая, поперечный размер выхода может быть сужен значительно. Роды могут закончиться самостоятельно, если плод некрупный и сужение выхода таза выражено нерезко.

Кифотический таз. Относится к типу воронкообразных. Кифоз позвоночника чаще всего возникает вследствие перенесенного в детстве туберкулезного спондилита, реже рахита. При возникновении горба в нижнем отделе позвоночника центр тяжести туловища смещается кпереди; верхняя часть крестца при этом смещается кзади, истинная конъюгата увеличивается, поперечный размер может оставаться нормальным, вход в таз приобретает продольно-овальную форму. Поперечный размер выхода таза уменьшается вследствие сближения седалищных бугров; лобковый угол острый, полость таза воронкообразно суживается к выходу. Роды при кифозе нередко протекают нормально, если горб расположен в верхнем отделе позвоночника. Чем ниже расположен горб и чем больше выражена деформация таза, тем хуже прогноз родов.

Спондилолистический таз. Эта редкая форма таза образуется в результате соскальзывания тела V поясничного позвонка с основания крестца. При слабовыраженном соскальзывании V поясничный позвонок лишь немного выступает над краем крестца. При полном соскальзывании нижняя поверхность тела поясничного позвонка закрывает переднюю поверхность I крестцового позвонка и препятствует опусканию предлежащей части в малый таз. Самым узким размером входа является не истинная конъюгата, а расстояние от симфиза до выдающегося в таз V поясничного позвонка. Прогноз родов зависит от степени соскальзывания позвонка и сужения прямого размера входа в таз.

Остеомалятический таз. Эта патология в нашей стране практически не встречается. Остеомаляция характеризуется размягчением костей, обусловленным декальцинацией костной ткани. Таз резко деформирован, при выраженной деформации образуется спавшийся таз. В литературе описана деформация таза, характеризующаяся резким поперечным сужением вследствие недоразвития крыльев крестца («робертовский таз»).

Таз, суженный экзостозами и костными опухолями. Экзостозы и костные опухоли в области таза наблюдаются очень редко. Экзостозы могут располагаться в области симфиза, крестцового мыса и в других местах. Опухоли, исходящие из костей и хрящей (остеосаркомы), могут занимать значительную часть полости таза.

Классификация узкого таза по степени сужения. О степени сужения таза судят по величине истинной конъюгаты, которая определяется путем вычисления на основании размеров диагональной и наружной конъюгаты.

Различают четыре степени сужения таза.

Первая степень — истинная конъюгата меньше 11 см, но не ниже 9 см. Роды в большинстве случаев заканчиваются самопроизвольно. Однако нередко возникают затруднения (если конъюгата около 9 см).

Вторая степень — истинная конъюгата 9—7,5 см. Роды доношенным плодом возможны, но очень часто возникают затруднения и препятствия, являющиеся показанием к оперативному родоразрешению.

Третья степень — истинная конъюгата 7,5 — 6,5 см. Роды доношенным плодом через естественные родовые пути невозможны. Извлечь плод при помощи акушерских щипцов и экстракции за тазовый конец не удастся. Извлечение плода через естественные пути возможно только посредством плодоразрушающих операций. Извлечь живого ребенка можно только при помощи кесарева сечения.

Четвертая степень — истинная конъюгата ниже 6,5 см. Родоразрешение через естественные родовые пути невозможно даже при помощи плодоразрушающих операций; таз настолько узок, что нельзя извлечь плод даже по частям. Единственным способом родоразрешения является кесарево сечение. Таз при четвертой степени сужения называют также абсолютно узким тазом.

РАСПОЗНАВАНИЕ УЗКОГО ТАЗА

Из анамнестических данных особенно важны указания на инфантилизм, рахит (поздно стала ходить, поздно прорезались зубы и др.), туберкулез костей и суставов, переломы костей таза, нижних конечностей и др. Большое значение имеют инфекционные заболевания, перенесенные в детском возрасте и в периоде полового созревания. Они способствуют задержке развития организма, возникновению инфантилизма и узкого таза. У повторнородящих очень важен для оценки таза акушерский анамнез. Если у женщины с узким тазом в прошлом были нормальные роды, можно надеяться, что при настоящих родах таз не будет препятствовать изгнанию плода. Однако у рожавших женщин следует узнать массу тела новорожденных. Если она была средней и выше, можно предположить, что предстоящие роды будут протекать нормально. Неблагоприятный акушерский анамнез (в прошлом тяжелые роды, акушерские операции, мертворождение и др.) позволит констатировать наличие не только анатомически, но и функционально (клинически) узкого таза.

В диагностике узкого таза большое значение имеет объективное исследование. При осмотре тела выявляются признаки узкого таза. Небольшой рост нередко свидетельствует о сужении таза. При росте 145 см и ниже таз обычно бывает узким. Во время осмотра важно обратить внимание на признаки инфантилизма (недоразвитие вторичных половых признаков и др.), вирилизации (гипертрихоз, рост волос по мужскому типу и др.), рахита (искривление позвоночника, грудины, ног и др.); выясняют, нет ли анкилоза тазобедренного, коленного и других суставов, укорочения ноги после перелома, нарушения походки.

Для распознавания узкого таза имеет значение оценка формы крестцового ромба. При нормальном тазе ромб имеет правильную форму; при плоскорахитическом тазе верхняя половина ромба меньше нижней; при значительной рахитической деформации таза область ромба имеет почти треугольную форму. В общеравномерносуженном тазе ромб вытянут в длину; верхний и нижний углы острые, боковые — тупые, при поперечносуженном тазе отмечается уменьшение поперечного размера.

Во время осмотра обращают внимание на толщину костей. С этой целью определяют так называемый лучезапястный индекс. По величине окружности лучезапястного сустава можно судить о толщине костей таза. Чем больше объем запястья, тем толще кости, в том числе кости таза; в таком случае при нормальных наружных размерах таза емкость его будет меньше. Наоборот, при малом лучезапястном индексе емкость таза будет больше, чем

следовало бы ожидать на основании определения наружных размеров. Окружность руки в области лучезапястного сустава колеблется от 14 до 18 см. Если индекс соответствует нижней границе, кости таза массивные.

При выраженном сужении таза изменяется форма живота беременной. Головка плода в конце беременности не может встаться во вход таза (вследствие узости его) и стоит высоко над входом до начала родов. Поэтому дно матки в конце беременности не опускается. Растущая матка не уместается в брюшной полости (которая при небольшом росте укорочена) и отклоняется от подреберья вверх и кпереди. У первородящих с упругой брюшной стенкой образуется остроконечный живот, у многорожавших — отвислый.

Диагностическое значение имеет измерение таза. Размеры большого таза дают представление об объеме малого таза. Следует учитывать, что размер наружной конъюгаты не всегда точно отражает величину истинной конъюгаты в связи с разной толщиной костей таза. При одинаковой наружной конъюгате величина истинной может колебаться в пределах 2—4 см. Несмотря на это, измерение наружных размеров таза относится к основным методам диагностики узкого таза.

Более точно о степени сужения таза можно судить по диагональной конъюгате. Поэтому измерение диагональной конъюгаты у всех беременных и рожениц является обязательным.

Если возникают подозрения на сужение выхода таза, измеряют его прямой и поперечный размер. При подозрении на асимметрию таза (сколиоз, анкилозы, укорочение ноги) измеряют косые размеры таза (расстояние от правой передневерхней ости до задневерхней ости левой стороны, и наоборот) и боковые конъюгаты (расстояние между передневерхней и задневерхней остью той же стороны). При нормальном тазе (латеральные конъюгаты равны 15 см и больше) косые размеры одинаковы; при кососмещенном и кососуженном тазе эти размеры отличаются от нормальных на 2 см и больше. Для прогноза родов важно знать не только размеры таза, но также величину внутриутробного плода. С этой целью тазомером измеряют через брюшную стенку длину плода и лобно-затылочные размеры головки.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Первая половина беременности при узком тазе протекает без особенностей, во второй половине нередко наблюдаются поздние токсикозы. Возникновение их связано не с самим

узким тазом, а с последствиями заболеваний и особенностей развития, послуживших причиной нарушений в костной системе и других органах.

Головка в конце беременности в узкий вход таза не вставляется, дно матки стоит высоко, оттесняя вверх диафрагму. В связи с этим у беременных нередко возникают одышка, учащенное сердцебиение, утомляемость. Отсутствие фиксации головки во входе в таз способствует повышенной подвижности плода. В связи с этим тазовые предлежания, поперечные и косые положения плода наблюдаются при узком тазе гораздо чаще, чем при нормальном. Подвижность головки способствует возникновению разгибательных предлежаний. Переднеголовное, лобное, лицевое предлежания при узком тазе встречаются чаще, чем при нормальном. Отмечается асинклитическое вставление головки, чему способствует также отвисание живота.

При подвижной головке пояс соприкосновения отсутствует, передние и задние воды не разграничены, они устремляются к нижнему полюсу плодного яйца. Поэтому при узком тазе нередко наблюдается преждевременное излитие вод (до начала родовой деятельности).

Беременные с узким тазом находятся на специальном учете консультации, за ними тщательно наблюдают. Необходимо своевременное выявление ранних признаков токсикоза, аномалий положений плода и других осложнений. Важно уточнить срок родов, чтобы предупредить перенашивание беременности, которое при узком тазе особенно неблагоприятно. Во второй половине беременности рекомендуется ношение бандажа. За 2—3 нед до родов беременную направляют в родильный дом, чтобы предупредить возникновение осложнений в конце беременности и во время родов. При наличии токсикоза и других осложнений женщину направляют в родильный дом независимо от срока беременности.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

При третьей и четвертой степени сужения таза роды живым доношенным плодом невозможны. Без своевременного хирургического вмешательства беременная и плод погибают вследствие разрыва матки, септической инфекции или других осложнений. При первой и второй степени сужения исход родов в значительной мере зависит от величины головки плода, характера предлежания и вставления, способности головки к конфигурации, интенсивности родовой деятельности. При благополучных сочетаниях указанных условий

роды протекают нормально, особенно при первой степени сужения таза. При первой степени сужения роды у большинства женщин заканчиваются самопроизвольно, особенно у молодых первородящих, у которых обычно бывает хорошая родовая деятельность (неповрежденный нервно-мышечный аппарат матки). Если объем головки плода не соответствует размерам таза, имеются неправильное положение и предлежание, в родах возникают серьезные осложнения, угрожающие состоянию роженицы и плода. Осложнения при второй степени сужения встречаются значительно чаще, чем при первой..

Механизм родов при узком тазе отличается от механизма родов, типичного для нормального таза. Механизм родов при разных формах узкого таза имеет характерные особенности, свойственные данной форме сужения.

Механизм родов при общеравномерносуженном тазе. Головка плода встречает со всех сторон одинаковое сопротивление. Оно преодолевается тем, что головка очень сильно сгибается и вступает в таз наименьшим размером, определяемым от темени до подзатылочной ямки. Этот размер меньше малого косого размера, которым головка вставляется при нормальном механизме родов.

Первая особенность механизма родов при общеравномерносуженном тазе — сильное (максимальное) сгибание головки; малый родничок при этом приближается к геометрическому центру таза (располагается на осевой линии таза). Чем уже таз, тем больше сгибается головка и тем ближе к центру таза перемещается малый родничок. Максимальное сгибание головки происходит при переходе головки из широкой части полости таза в узкую и представляет собой важный момент приспособления предлежащей части к родовым путям.

Вторая особенность заключается в том, что сагиттальный шов опускающейся в таз головки всегда располагается в одном из косых размеров входа. При этом большой поперечный размер головки проходит через косой размер таза, который больше прямого. Сильно согнутая головка постепенно опускается в полость таза и в дальнейшем совершает такие же движения, какие происходят при нормальном механизме родов: внутренний поворот, разгибание, наружный поворот. Разница заключается лишь в том, что все повороты происходят значительно медленнее, с большей затратой сил роженицы.

Проходя через выход таза, область подзатылочной ямки не может подойти к симфизу вплотную ввиду узости лобкового угла. Поэтому головка устремляется в сторону промежности в большей степени, чем при нормальном тазе; ткани промежности сильнее

растягиваются и, если не оказывается помощь, происходит глубокий разрыв промежности. Головка родившегося плода вытянута в сторону затылка (выраженная долихоцефалическая конфигурация), в области малого родничка образуется родовая опухоль.

Механизм родов при поперечносуженном тазе. При отсутствии значительного уменьшения поперечных размеров таза и соответствия между ними и величиной головки плода механизм родов не отличается от такового при нормальном тазе. При сочетании уменьшения поперечных размеров таза с увеличением истинной конъюгаты нередко образуется высокое прямое стояние головки. Если затылок обращен к симфизу, головка некрупная, родовая деятельность хорошая, то головка сильно сгибается, проходит в согнутом состоянии (сагиттальный шов в прямом размере) через все плоскости таза и рождается как при переднем виде затылочного предлежания. Если затылок обращен кзади, поворот согнутой головки на 180° может произойти в полости таза (при небольшой головке и энергичной родовой деятельности) и она прорезывается в переднем или заднем виде. При высоком прямом стоянии головки (особенно заднем виде) нередко возникают осложнения, являющиеся показанием к кесареву сечению.

Механизм родов при плоскорохитическом тазе. Прямой размер входа в таз уменьшен. Связанные с этим затруднения преодолеваются в результате следующих особенностей механизма родов, имеющих приспособительный характер.

Первая особенность— продолжительное высокое стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере таза. Вследствие сужения входа головка может находиться в таком положении несколько часов даже при хорошей родовой деятельности.

Вторая особенность— небольшое разгибание головки, в результате которого большой родничок располагается ниже малого. При таком разгибании через наименьший размер — истинную конъюгату — головка будет проходить малым поперечным размером (8,5 см). Большой поперечный размер (9,5 см) отклоняется в сторону, где больше пространства. Головка в таком состоянии приспособляется ко входу и потому, что размер слегка разогнутой головки (12 см) меньше поперечного размера входа (13 — 13,5 см).

Третья особенность— асинклитическое вставление головки. Обычно наблюдается передний асинклитизм (переднетеменное вставление головки); при этом задняя теменная кость упирается в выступающий кпереди мыс и задерживается на этом месте, а передняя

теменная кость постепенно опускается в полость таза. Сагиттальный шов располагается ближе к мысу. В таком положении (сагиттальный шов в поперечном размере таза — ближе к мысу, большой родничок ниже малого) головка стоит во входе в таз до тех пор, пока не произойдет достаточно сильная конфигурация. После этого задняя теменная кость соскальзывает с мыса, асинклитизм исчезает, головка сгибается. В дальнейшем механизм родов такой же, как при переднем виде затылочного предлежания (внутренний поворот, разгибание, наружный поворот головки). Реже наблюдается задний асинклитизм (заднетеменное вставление головки), характеризующийся более глубоким вставлением заднетеменной кости; иногда наблюдается вдавление вследствие длительного прижатия к мысу.

Механизм родов при простом плоском тазе. Головка вступает во вход так же, как при плоскорохитическом тазе. В дальнейшем она опускается в полость таза и рождается по типу затылочного предлежания. Однако нередко внутренний поворот головки не происходит потому, что прямые размеры полости и выхода таза уменьшены так же, как прямой размер входа в таз. Головка достигает полости таза, иногда даже достигает его дна, а сагиттальный шов находится в поперечном размере таза. Эта особенность механизма родов называется низким поперечным стоянием головки. В некоторых случаях головка на дне таза поворачивается затылком кпереди и рождается самостоятельно. Если поворота не произойдет, возникают осложнения (вторичная слабость родовых сил, асфиксия плода и др.), являющиеся показанием к оперативному родоразрешению.

Механизм родов при общесуженном плоском тазе. Роды протекают по типу родов при общеравномерносуженном или плоском тазе. Это зависит от преобладания основных черт того или иного таза. Необходимо отметить, что течение родов при общесуженном плоском тазе, как правило, тяжелое. Часто наблюдается резко выраженный патологический асинклитизм. Наблюдается не только переднетеменное, но также неблагоприятное заднетеменное вставление.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Ведение родов при узком тазе представляет собой ответственную и сложную задачу. Это связано с тем, что при анатомически узком тазе роды могут быть: а) нормальными; б) затрудненными, но заканчивающимися благополучно при оказании правильной помощи; в) очень тяжелыми, с осложнениями, опасными для роженицы и плода. В таких случаях обычно возникает необходимость оперативного родоразрешения. При значительном сужении таза, а

также дополнительных осложнениях (переносная беременность, аномалии положения плода и др.) вопрос об оперативном родоразрешении возникает до начала родовой деятельности. Поэтому тактика ведения родов определяется индивидуально, с учетом всех данных тщательного объективного исследования и прогноза для роженицы и плода.

Тактика ведения родов при узком тазе обсуждается акушерами с давних времен, а принципы терапии узкого таза менялись в соответствии с развитием медицинской науки. В настоящее время в большинстве акушерских учреждений при ведении родов у женщин с узким тазом придерживаются следующих правил.

Необходимым условием благополучного проведения родов являются своевременная диагностика узкого таза и направление беременной за 2 недели до родов в родильный дом, где обеспечивается оказание квалифицированной помощи при осложнениях, возникающих нередко у рожениц с узким тазом. В родильном доме беременную тщательно обследуют; на основании всех данных анамнеза и объективного исследования намечают план ведения родов.

Наиболее просто решается вопрос при третьей степени сужения таза, когда роды живым плодом через естественные родовые пути невозможны и показано кесарево сечение. Эта операция является единственным методом родоразрешения и при четвертой степени сужения таза (практически она не встречается).

При первой и второй степени сужения таза роды ведут выжидательно, тщательно наблюдая за их динамикой, состоянием роженицы и плода. Хирургическое вмешательство применяют при возникновении осложнений, угрожающих роженице и плоду. Сторонники такой тактики считают, что исход их зависит не только от размеров таза, но также от интенсивности схваток и потуг, величины плода, способности головки к конфигурации и др. Только во время родов решается вопрос о том, будет ли данный анатомически узкий таз в функциональном отношении узким или нормальным. При второй степени сужения таз обычно бывает клинически узким, если плод доношен и размеры его обычные.

Показания к хирургическому вмешательству возникают при появлении признаков несоответствия между размерами таза и головки и наличии сопутствующих осложнений.

Если указанныеотягощающие обстоятельства отсутствуют, ведение родов выжидательное. Роженицу тщательно обследуют. Выясняют общий и акушерский анамнез,

проводят общий осмотр, исследование внутренних органов, нервной, сердечно-сосудистой и других систем, изучают строение и размеры таза (осмотр, измерение, ощупывание, по показаниям —пельвиметрия). Влагалищное исследование производят при поступлении в родильный дом, в дальнейшем — если необходимо выяснить механизм родов и динамику родового акта. Применяют меры профилактики осложнений, которые нередко возникают при узком тазе.

Роды при узком тазе нередко приобретают затяжное течение, роженица утомляется, сопротивляемость организма снижается. Поэтому необходимо давать роженице питательную и легкоусвояемую пищу, богатую витаминами. Важно также соблюдать все правила личной гигиены, систематически проводить туалет наружных половых органов.

Нужно внимательно следить за характером выделений из половых путей (слизистые, кровянистые, гнойные), наружных половых органов (отечность, цианоз), состоянием мочевыводящих путей. При задержке мочеиспускания следует производить катетеризацию с соблюдением всех правил асептики.

Нередко наблюдается слабость родовых сил, особенно у женщин инфантильных, у которых в прошлом были осложненные роды и послеродовые заболевания. Слабость родовых сил нередко бывает с самого начала родов или возникает после удовлетворительной (или хорошей) родовой деятельности. Если роженица утомлена, ей предоставляют отдых, для этого вводят промедол, виадрил или другие средства, чтобы обеспечить покой и сон. Имеются сведения об успешном применении электроаналгезии. Под влиянием указанных средств роженица на некоторое время засыпает, а после отдыха обычно усиливается родовая деятельность. При продолжающейся слабости родовых сил назначают средства, усиливающие сократительную деятельность матки. При узком тазе их применяют осторожно, чтобы не вызвать чрезмерной активности схваток и потуг; это может привести к разрыву матки, если продвижение головки затруднено.

Если в периоде изгнания возникает бурная родовая деятельность, отмечается истончение и перерастяжение нижнего сегмента матки, высокое стояние пограничного кольца, применяют глубокий наркоз, иначе может наступить разрыв матки. Под влиянием наркоза судорожная родовая деятельность прекращается, угроза разрыва матки устраняется и роды заканчиваются оперативным путем.

Внимательно наблюдают за продвижением предлежащей части: находится ли она над входом в таз или постепенно опускается в полость таза. При этом удается получить представление о соответствии или несоответствии между размерами таза и головки. О соответствии таза и головки, кроме обычных методов исследования предлежащей части, позволяют судить признаки Цангемейстера, Вастена и др.

Цангемейстер предложил определять наличие и степень возвышения передней поверхности головки над симфизом путем измерения. Измерение производят тазомером в положении роженицы на боку. Вначале измеряют наружную конъюгату: затем переднюю пуговку тазомера перемещают с симфиза на выходящий пункт передней поверхности головки (задняя пуговка остается на месте). При соответствии размеров головки и таза наружная конъюгата на 3 — 4 см длиннее, чем размер от головки до надкрестцовой ямки. Если последний размер больше наружной конъюгаты, значит размер головки не соответствует размеру таза. Одинаковая величина обоих размеров свидетельствует о наличии нерезкого несоответствия; прогноз родов сомнительный.

Признак Вастена определяется после отхождения вод и фиксации головки во входе в таз. Ладонь исследующего располагается на поверхности симфиза и скользит кверху, на область предлежащей головки. Если передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза, значит имеется несоответствие между тазом и головкой (признак Вастена положительный) и роды самостоятельно закончиться не могут. При явном несоответствии размеров таза и головки показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения (при мертвом плоде — краниотомия или другие плодоразрушающие операции).

При незначительном несоответствии передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом (признак Вастена вровень). В таких случаях исход родов может быть двояким: если родовая деятельность энергичная и головка хорошо конфигурируется, роды заканчиваются самопроизвольно; при слабой родовой деятельности, крупной и плотной головке, аномалиях положения и вставления роды самопроизвольно закончиться не могут. При полном соответствии между тазом и головкой передняя поверхность головки находится ниже плоскости симфиза (признак Вастена отрицательный); роды обычно заканчиваются самопроизвольно. В современных условиях используются более информативные методы определения соответствия (несоответствия) размеров таза и головки плода: рентгенография,

ультразвуковое исследование. Если возникает вторичная слабость родовых сил, признаки асфиксии плода или другие осложнения, то при головке, стоящей в полости или выходе таза, роды заканчиваются наложением акушерских щипцов. В случаях незначительного несоответствия роды обычно ведут выжидательно. При нормальной родовой деятельности, правильном механизме родов и отсутствии каких-либо осложнений роды представляют самопроизвольному течению. Если признаки несоответствия при хорошей родовой деятельности и отошедших водах не исчезают в течение 3 — 4 ч. следует закончить роды оперативным путем.

При несоответствии размеров таза и головки опасными признаками являются длительное стояние головки в одной плоскости, отечность шейки матки и наружных половых органов, задержка мочи и появление в ней примеси крови, растяжение нижнего сегмента матки, повышение температуры и учащение пульса. При наличии этих признаков следует немедленно закончить роды. В случае отсутствия условий для родоразрешения через естественные родовые пути производят кесарево сечение; при мертвом плоде и наличии признаков инфекции показаны шюдоразрушающие операции.

У женщин с узким тазом при ведении родов необходимо особенно внимательно следить за сердцебиением плода. Кроме аускультации (через каждые 15 мин, во втором периоде — после каждой потуги), применяют электрокардиографию, фонокардиографию, выслушивание сердечных тонов при помощи ультразвукового устройства. В крупных учреждениях роды ведут под мониторным контролем. При преждевременном и раннем излитии вод, слабости родовых сил, затяжном течении родов и других осложнениях применяют меры для профилактики асфиксии плода. Наличие признаков асфиксии (изменение частоты, ритма и ясности сердечных тонов, отхождение мекония при головном предлежании, усиление двигательной активности плода) говорит о необходимости борьбы с асфиксией (ингаляция кислорода, введение глюкозы, аскорбиновой кислоты, кордиамина и др.) и ускорения родов (наложение акушерских щипцов, кесарево сечение и др.).

Ведение родов при узком тазе требует большой выдержки и высокой квалификации врача; огромное значение имеют уход, чуткое отношение к роженице, благоприятное воздействие на ее психику. Необходимо вовремя выявить осложнения родов и своевременно принять меры к их устранению.

В настоящее время чаще, чем в прежние годы, производят кесарево сечение, чтобы предотвратить неблагоприятные последствия для матери и ребенка тех осложнений, которые нередко сопутствуют родам при узком тазе.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян Э.К. Акушерство, М.: «Специальная литература», 2015
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство, М.: «Медицина», 2013
3. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство, Курск: АП "Курск", 2016.
4. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство, Ростов-на-Дону: «ФЕНИКС», 2013
5. Серов В.Н., Стрижаков М.М., Маркин С.А. «Практическое акушерство» М., 2015
6. Савельева Г.М. и др. Акушерство, М., 2014

Рецензия на реферат выполненный по теме:

«Узкий таз. Диагностика. Особенности течения беременности и ведения родов»

Ординатор 1го года обучения

Кафедра: перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета
ФГБУ ВО КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Жилина Полина Вячеславна

Реферат выполнен на 18 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность проблемы: Рациональное ведение родов при узком тазе относится к наиболее трудным разделам практического акушерства, поскольку узкий таз остается одной из причин родового травматизма матери и плода, перинатальной смертности, а также детской инвалидности

В реферате полностью раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности. Продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала. Точно используется терминология.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы. При написании реферата использовались современные источники литературы.

Реферат написан хорошим литературным языком, грамотно оформлен, принят и оценен на (5) отлично. Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н

