

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:

ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

на тему: «Анатомически узкий таз. Клинически узкий таз.»

Выполнила:

Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии

Иванова А.В.

Проверил:

Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск, 2018г.

Содержание

1.Терминология	3
2.Этиология	3
3.Классификация	3
4.Диагностика	6
5.Течение беременности	6
6.Течение родов	7
7.Ведение беременности	9
8.Ведение родов	9
9.Биомеханизмы родов	10
10.Клинически узкий таз	12
11.Список литературы	14

Терминология

Понятие узкого таза включает в себя анатомически и клинически узкий таз.

Анатомически узкий таз— это таз у которого один, несколько или все наружные размеры уменьшены на 1,5-2 см по сравнению с нормой. Кроме количественных изменений (размеры) могут быть и качественные изменения таза (архитектура). Анатомически узкий таз является основной причиной возникновения в родах клинически (функционально) узкого таза.

Клинически узкий таз(т.е. функционально узкий) обусловлен несоответствием между подлежащей частью плода и тазом роженицы независимо от размера последнего. Этот диагноз правомочен только в родах.

Этиология

На форму и размеры таза оказывают влияние как наследственные, так и различные внешнесредовые факторы. Среди причин, которые играют определенную роль в формировании анатомически узкого таза следует выделить: нарушение внутриутробного развития, частые острые и хронические заболевания в детстве и пубертатном возрасте, чрезмерные физические нагрузки и эмоциональные перегрузки, а также гормональный дисбаланс в пре- и пубертатном возрасте, перенесенный рахит, тяжелые соматические заболевания, заболевания позвоночника и суставов, туберкулез костей, переломы костей таза и сочленений таза, вывихи и неправильно сросшиеся переломы нижних конечностей, сопровождающихся хромотой и другими нарушениями движений, экзостозы и опухоли костей таза.

Классификация

Классификация анатомически узких тазов многочисленны. Их делят по этиологическому признаку, по данным рентгенологического исследования, по частоте, по форме таза, а также степени его сужения. Для практических целей используются две последние, при этом степень сужения таза является основной. В настоящее время все чаще имеют место так называемые стертые формы узкого таза, диагностика которых представляет значительные трудности [Р.И. Калганова, 1978; Е.А. Чернуха и соавт., 1985].

Нижней границей нормы считают следующие размеры [И.Ф. Жордания, 1955; М.С. Малиновский, 1967; В.И. Бодяжина и соавт., 1986; Г.М. Савельева, 2001; Е.А. Чернуха и соавт., 2005]:

- Прямой размер выхода – 11 см.
- Прямой размер широкой части – 12,5 см.
- Прямой размер входа – 9,5 см.
- Поперечный размер входа – 12,5 см.
- Поперечный размер широкой части – 12,5 см.

- Межкостный размер – 10,5 см.
- Битуберозный размер – 11,5 см.

Классификация узких тазов исторически претерпевала определенные изменения. Это прослеживается при анализе литературы посвященной этой теме. Некоторые из этих классификаций мы приводим ниже.

А.Я. Красновским (работы 1885г.) предложена классификация тазов по форме, в которую включены как часто встречающиеся, так и редкие формы узких тазов.

Равномерносуженные тазы:

- *общеравномерносуженный таз*
- *таз карлиц*
- *детский таз*

Неравномерносуженные тазы:

I. Плоские тазы

- *простой плоский таз*
- *плоскорихитический таз*
- *плоский люксационный таз при двустороннем вывихе бедра*
- *общеравномерносуженный плоский таз*

II. Косые тазы

- *анкилотический кососуженный таз*
- *коксальгический кососуженный таз*
- *сколиозорихитический кососуженный таз*
- *кифосколиозорихитический кососуженный таз*
- *таз при одностороннем вывихе бедра*

III. Поперечносуженные тазы

- *анкилотический поперечносуженный таз*
- *кифотический поперечносуженный таз*
- *спондилолистетический поперечносуженный таз*

- *воронкообразный поперечносуженный таз*

IV. Спавшиеся тазы

- *остеомалятический спавшийся таз*
- *рахитический спавшийся таз*

В. Расщепленный или открытый спереди таз

Г. Остистые тазы

Д. Тазы с новообразованием

Е. Тазы закрытые

По степени сужения (в основе лежит определение величины истинной конъюгаты):

Классификация С. Litzmanna

I степень сужения – до 9 см;

II степень сужения – до 7 см;

III степень сужения – до 5 см;

IV степень сужения – менее 5 см.

Классификация А.Я. Красовского, Н.Н. Феноменова, М.С. Малиновского (1974):

I степень сужения – менее 10,9 см;

II степень сужения – менее 9 до 6,5 см;

III степень сужения – менее 6,5 см.

По данным рентгенологического исследования (зарубежная):

Классификация W.E. Caldwell и H.C. Moloy (1933)

- *Гинекоидный (таз женского типа);*
- *Андроидный (таз мужского типа);*
- *Антропоидный (таз присущий приматам);*
- *Платипеллоидный (плоский таз).*

Кроме 4 основных «чистых» форм различают 14 «смешанных» форм (по форме переднего и заднего сегмента малого таза) [С.М. Steer, 1975]. Кроме формы учитывают размеры таза, по которым тазы подразделяют на малые, большие и средние. В практическом акушерстве

эта классификация не применяется. Это связано с тем, что в ней учитывается форма таза, но не учитывается степень его сужения.

Исторически прослеживается четкая закономерность в превалировании тех или иных форм анатомически узкого таза. Так преобладание плоского таза сменилось общеравномерносужением, а позже – поперечносуженным. Это можно объяснить влиянием внешней среды на формирование женского таза, а также совершенствованием методов диагностики анатомически узких тазов [Е.А. Чернуха и соавт., 1986]. В последние годы наиболее распространенным является поперечносуженный таз в различных его вариантах [Е.А. Чернуха и соавт., 2005].

В настоящее время классификация узких тазов по форме таза выглядит следующим образом:

А. Часто встречающиеся формы узкого таза:

1. Поперечносуженный;
2. Плоский таз (простой плоский таз, плоскорихитический, таз с уменьшением прямого размера широкой части полости);
3. Общеравномерносуженный.

Б. Редко встречающиеся формы узкого таза:

1. Кососмещенный и кососуженный таз;
2. Таз суженный экзостозами, костными опухолями вследствие переломов таза со смещением;
3. Другие формы таза (ассимиляционный, воронкообразный, кифотический, остеомалатический, спондилолистотический, расщепленный или открытый спереди таз).

Классифицируя узкие тазы по степени сужения, с современных позиций, принято различать 4 степени сужения таза:

I степень – истинная конъюгата 9-11 см;

II степень – истинная конъюгата 7,5-8,9 см;

III степень – истинная конъюгата 6,5-7,4 см;

IV степень – истинная конъюгата менее 6,5 см.

Диагностика

Для постановки диагноза узкого таза имеет значение:

1. общий и специальный анамнез (выяснение причин, которые играют определенную роль в формировании анатомически узкого таза);

2. осмотр и антропометрия (выявление не только выраженных, но особенно часто встречающихся стертых признаков инфантилизма, вирилизации и рахита);
3. пельвиометрия – distantia spinarum, distantia cristarum, distantia trochanterica, conjug. externa (конъюгата Баделока), conjug. Levre, conjug. Korner, ромб Михаэлиса (вертикальный размер Тридондани и поперечный размер Литцмана), высота таза (размер Лосицкой), лобковый угол, угол наклона таза;
4. наружное акушерское исследование (приемы наружного акушерского исследования, форма живота у первородящих остроконечная, у многорожавших живот отвислый, как результат высокого стояния предлежащей части над входом в малый таз до начала родов);
5. оценка предполагаемой массы плода – диагностика крупного плода (используют формулы Бубличенко, Жордания, Джонсона, Ланковица, Якубовой,);
6. внутреннее акушерское исследование (определяют диагональную конъюгату, наличие ложного мыса, экзостозов, деформаций, присущих рахиту);
7. дополнительные измерения (прямой и поперечный размер, индекс Соловьева, УЗИ и рентгенопельвиометрия, позволяют определить истинные размеры малого таза).

Течение беременности

Первая половина беременности

У женщин с узким тазом первая половина беременности протекает без особенностей.

Вторая половина беременности

Отмечено, что во второй половине беременности нередко наблюдаются поздние гестозы, что не связано непосредственно с узким тазом, а является результатом разнообразных заболеваний послуживших непосредственной причиной нарушений в костной системе и других органах.

В позднем сроке беременности при анатомически узких тазах имеет место высокое стояние головки, что обусловлено отсутствием фиксации головки во входе за счет сужения. При этом дно матки стоит высоко и оттесняя диафрагму вверх снижает экскурсию легких. Нередко при этом у беременных возникают одышка. Изменение положения сердца способствует учащению сердцебиения, появлению аритмий и повышенной утомляемости женщины.

Подвижность предлежащей головки во входе в таз также способствует повышенной подвижности плода и как результат неправильные его положения (тазовые предлежания, поперечные и косые положения плода). Повышенная подвижность головки способствует возникновению разгибательных предлежаний (переднеголовное, лобное и лицевое).

Отсутствие фиксации головки во входе в малый таз в результате чего не формируется пояс соприкосновения (прилегания), поэтому передние и задние воды не разграничены, они устремляются к нижнему полюсу плодного пузыря, и при этом, нередко наблюдается преждевременный разрыв оболочек с излитием околоплодных вод.

Излитие околоплодных вод при нефиксированной головке опасно выпадением во влагалище петли пуповины, что чревато развитием дистресса плода или выпадением мелких частей плода, создавая дополнительное препятствие для его изгнания.

Течение родов

1 период

В периоде раскрытия, при узком тазе, нередко возникает преждевременный разрыв оболочек с излитием околоплодных вод и как его следствие выпадение во влагалище петли пуповины или мелких частей плода. При родовой деятельности выпавшая пуповина, если не оказывается своевременная помощь, прижимается головкой, что ведет к развитию дистресса плода, а в дальнейшем к его интранатальной гибели. Что же касается выпавшей ручки, то она создает дополнительное препятствие для изгнания плода, т.к. размеры таза уменьшаются.

Особенностями вставления головки являются высокое прямое стояние и низкое поперечное стояние стреловидного шва, отмечается асинклитическое вставление головки (чаще наблюдается передний асинклитизм Негеле, реже – задний Лицмана).

Преждевременное и раннее излитие вод обычно замедляет процесс раскрытия шейки матки. Схватки бывают болезненными, первый период – затяжным («сухие роды»).

При узком тазе нередко наблюдаются аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость родовой деятельности), что приводит к утомлению роженицы и переходу в слабость потуг, а у плода нередко возникают признаки дистресса. У рожениц с узкими тазами может также возникнуть дискоординированная родовая деятельность или гиперактивность матки.

Возможно ущемление шейки матки и длительное прижатие передней или задней губ к симфизу и крестцовому мысу, или же циркулярное ущемление шейки матки.

При значительном препятствии к изгнанию могут возникнуть бурная родовая деятельность и перерастяжение нижнего сегмента матки. При несоответствии между головкой плода и тазом матери, возможен разрыв матки.

Длительный безводный промежуток способствует инфицированию родовых путей с возможным развитием хориоамнионита в родах.

2 период

При узком тазе наибольшие затруднения возникают в этом периоде. Период изгнания обычно затяжной, при этом основной причиной является анатомически суженное кольцо таза, что требует большей силы схваток и потуг.

Аномалии родовой деятельности могут возникнуть и в потужном периоде, или продолжаться, развившись в периоде раскрытия.

Длительное стояние головки в определенной плоскости таза ведет к сдавливанию мягких тканей родовых путей между костями таза женщины и головкой плода. Прижатие мягких тканей ведет к нарушению в них кровообращения, что характеризуется цианозом и отеком шейки матки, стенки мочевого пузыря, а в дальнейшем влагалища и наружных половых

органов. В связи с прижатием уретры и мочевого пузыря прекращается мочеиспускание. В результате продолжительного нарушения кровообращения сдавленных тканей, а в дальнейшем наступает их некротизация.

Если прохождение головки через таз связано со значительными трудностями, возникает повреждение лобкового симфиза (разрыв лонного сочленения).

В виду вышеуказанных осложнений, как правило, нарушается плодово-маточно-плацентарное кровообращение с развитием дистресса плода. В связи с этим возможны кровоизлияния в мозг и другие органы плода. Разрыв сосудов может привести к кровоизлияниям под надкостницу одной или обеих теменных костей (кефалогематома). Иногда возникают вдавление и трещины костей черепа. При узких тазах возможно развитие дистонии плечиков, что чревато при их выведении перелом ключицы или ручки.

Послеродовый период

Как следствие осложнений периода раскрытия и изгнания в последовом и послеродовом периодах выше риск гипотонического или атонического кровотечения.

Сдавленные и некротизированные ткани к 5-7-м суткам после родов отторгаются, что влечет за собой образование мочеполовых или прямокишечно-вагинальных свищей. Отек шейки матки и затруднение мочеиспускания являются симптомами значительного сдавления тканей. Примесь крови в моче — угрожающий признак, указывающий на возможность образования свища. Появление кровянистых выделений (даже умеренных) из половых путей, частые и болезненные схватки, истончение и болезненность нижнего сегмента матки говорят об угрозе разрыва ее.

Высока частота травматизации родовых путей родильницы (разрывы шейки и тела матки, а также влагалища и промежности).

Часто наблюдается развитие послеродовых гнойно-септических заболеваний, что обусловлено хориоамнионитом в родах или как результат инфицирования разрывов мягких родовых путей.

Принцип ведения родов при анатомически узком тазе — активновыжидательный, с функциональной оценкой таза. При анатомическом сужении таза 2 степени и более, а также при сочетании 1 степени сужения таза и крупных размеров плода, тазового предлежания плода, гидроцефалии и др. патологии беременной производят кесарево сечение в плановом порядке. Акушерские щипцы при узком тазе считают травматичным способом родоразрешения как для матери, так и для плода.

Особенности строения узкого таза определяют особенности биомеханизма родов для каждой формы таза, особенности вставления головки (асинклитическое вставление головки, высокое прямое стояние и низкое поперечное стояние стреловидного шва). Так, для поперечносуженного таза характерно асинклитическое вставление головки в один из косых размеров плоскости входа малого таза, а при увеличенных прямых размерах таза головка вставляется стреловидным швом в прямой размер входа в малый таз, что называют высоким прямым стоянием стреловидного шва. Далее головка сгибается и проходит все плоскости таза без ротации и рождается в переднем виде затылочного предлежания. Для простого плоского таза или таза Девентера характерны следующие особенности биомеханизма родов: длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа малого таза в состоянии умеренного разгибания, стреловидный

шов может располагаться асинклитически. Чаще наблюдается передний асинклитизм (Негеле), реже – задний (Лицмана), который является неблагоприятным. В полости малого таза из-за уменьшенных прямых размеров его плоскостей ротация головки не происходит и возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва. При общеравномерносуженном тазе происходит сильное сгибание головки плода (асинклитизм Редерера), что является особенностью биомеханизма родов для данной формы узкого таза. При плоскорохитическом тазе отмечают длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа малого таза и вставление в состоянии умеренного разгибания и асинклитизма.

Ведение беременности

Беременные с узким тазом находятся на специальном учете консультации (включены в группу риска), 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 позднего гестоза и других осложнений женщину направляют в родильный дом независимо от срока беременности.

Ведение родов

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. 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.

Анатомически узкий таз является основной причиной возникновения в родах клинически, или функционально, узкого таза. Клинически узким тазом называют все случаи несоответствия между головкой плода и тазом матери, независимо от его размеров. Причинами его возникновения могут быть анатомически узкий таз, крупный плод, разгибательные вставления головки плода, переносимая беременность, гидроцефалия у плода, опухоли и пороки развития плода, таза матери, опухоли матки и т.д. Признаки клинически узкого таза возможно диагностировать при открытии шейки матки более 7-8 см, отсутствии плодного пузыря, опорожненном мочевом пузыре и нормальной сократительной деятельности матки. Функциональная оценка таза включает в себя признак Вастена и Цангемейстера, длительность стояния головки плода в одной плоскости, высоту стояния контракционного кольца, симптомы прижатия мочевого пузыря, состояние шейки матки (наличие отека, который может распространяться на влагалище и наружные половые органы), конфигурацию головки и размеры родовой опухоли. Для клинически узкого таза характерна непроизвольная потужная деятельность и

появление симптомов угрожающего разрыва матки. Клиническая картина родов зависит от степени несоответствия и наличия осложнений. Кесарево сечение производят при выявлении признаков клинически узкого таза и угрожающего разрыва матки.

Биомеханизмы родов

Механизм родов при поперечносуженном тазе

зависит от степени сужения. При нормальном прямом размере плоскости входа головка вставляется в таз асинклинически передней теменной костью, в результате чего стреловидный шов смещается кзади. Если головка опускается в полость таза, то в дальнейшем механизм родов не отличается от такового при нормальном тазе: внутренний поворот головки, ее разгибание и наружный поворот.

При сочетании уменьшенных поперечных размеров таза с увеличением прямых размеров, в частности истинной конъюгаты, головка устанавливается во входе в таз стреловидным швом в прямом размере, чаще затылком кпереди. Сгибаясь и не производя внутреннего поворота, головка опускается на тазовое дно до плоскости выхода, после чего разгибается и рождается с последующим изгнанием туловища из матки. При несоответствии размеров таза и головки может образоваться высокое прямое стояние головки. Это осложнение чаще появляется при заднем виде плода. Высокое прямое стояние головки осложняет ее продвижение по родовому каналу.

Механизм родов при общеравномерносуженном тазе.

При равномерном сужении всех размеров головка при входе в малый таз начинает испытывать одинаковое сопротивление по всей окружности. В результате особенностями механизма родов являются:

- выраженное сгибание головки в плоскости входа в малый таз и вставление ее стреловидным швом в одном из косых размеров. В таком положении головка способна пройти малым косым (9,5 см) и бипариетальным (9,25 см) размерами через плоскость входа в ее косых размерах;
- максимальное сгибание головки, которое происходит при ее переходе из широкой части полости малого таза в узкую. Малый родничок занимает в полости таза центральное положение, проходя по проводной оси таза;
- выраженная долихоцефалическая конфигурация головки.

В момент прохождения по плоскостям малого таза, испытывая сдавление, головка вытягивается в длину, резко конфигурирует, образуя долихоцефалическую форму (рис. 13.10). В области малого родничка образуется большая родовая опухоль, которую необходимо распознать. Иначе могут быть такие ситуации, когда головка большим сегментом располагается в широкой части полости малого таза или даже выше, а родовая опухоль может доходить до плоскости выхода и даже показываться из половой щели, что может привести к ошибочному заключению относительно расположения головки. Рано появляющиеся потуги в данной ситуации чреваты осложнениями как для матери, так и для плода.

Роды при общеравномерносуженном тазе длительные. Ситуация особенно неблагоприятная при крупном плоде, разгибательных предлежаниях, заднем виде затылочного предлежания.

Механизм родов при плоскорохитическом тазе.

Особенности механизма родов при плоскорохитическом тазе связаны с уменьшением прямых размеров плоскости входа в малый таз.

В момент конфигурации в плоскости входа головка, встречая сопротивление со стороны мыса сзади и лонных костей спереди, не способна встаться в один из косых размеров. Она вступает во вход в таз стреловидным швом в поперечном размере. Для нахождения оптимального размера таза головка длительно находится над входом в таз.

При небольшом разгибании головки через прямой размер входа в таз (наименьший размер в плоскости входа) головка проходит малым поперечным размером (8,5 см). Большой поперечный размер (9,5 см) головки отходит в сторону от истинной конъюгаты и располагается в боковом отделе плоскости входа, где больше пространства. Большой родничок при этом находится на одном уровне с малым. Разогнутая головка помещается во входе в таз с учетом того, что ее прямой размер равен 12 см, а поперечный размер входа в таз имеет длину 13 см.

При плоских тазах, несмотря на разгибание и стояние в поперечном размере входа в таз, головка нередко не может опуститься в полость. Конфигурируя, головка сначала вставляется передней теменной костью, а задняя при этом упирается в мыс (рис. 13.11). Стреловидный шов отклонен к мысу (негелевский передний асинклитизм). Под влиянием схваток, воздействующих на головку, и давления мыса на заднюю теменную кость, последняя заходит за переднюю, благодаря чему уменьшается поперечный размер головки. При достижении соответствия под влиянием родовых сил задняя теменная кость соскальзывает с мыса, и головка проходит в полость входа.

Реже наблюдается задний асинклитизм (лицмановский), который является еще более неблагоприятным: во входе в таз первой вставляется задняя теменная кость, стреловидный шов отклоняется кпереди. Продвижение передней теменной кости может остановиться из-за того, что она задерживается над лоном. Прохождение головкой плоскости входа в таком виде, как правило, невозможно.

Таким образом, особенности механизма родов при вступлении головки во вход плоскорохитического таза заключаются в:

- длительном стоянии головки стреловидным швом в поперечном размере входа в таз;
- разгибании головки;
- асинклитическом (внеосевом) вставлении головки.

После прохождения в полость таза головка сгибается, ее дальнейшее продвижение может происходить по типу нормального механизма родов (внутренний поворот и разгибание).

В полости таза бывают и другие варианты механизма родов. Роды могут проходить по типу заднего вида затылочного предлежания. Головка может остаться также в разогнутом виде, тогда плод рождается в переднеголовном предлежании.

Из-за относительно увеличенных прямых размеров полости таза и плоскости выхода после задержки головки во входе в таз ее прохождение полости таза может быть чрезвычайно быстрым ("штурмовые" роды), что чревато травматическими повреждениями головки плода. Конфигурация головки ближе к брахицефалической с большой родовой опухолью на теменной кости, левой или правой в зависимости от позиции.

Механизм родов при простом плоском тазе.

В плоскости входа в малый таз механизм вставления головки аналогичен родам при плоскорохитическом тазе.

В дальнейшем, после вступления в полость таза, могут быть следующие варианты: рождение по типу затылочного предлежания; низкое стояние головки стреловидным швом в поперечном размере таза при затруднении внутреннего поворота головки. Головка доходит до плоскости выхода стреловидным швом в поперечном размере; если не происходит поворота, возникают осложнения (вторичная слабость родовых сил, острая гипоксия плода).

Клинически узкий таз

Согласно приказа МОЗ Украины №782 от 29.12.2005г. клинически узкий таз – это все случаи функционального несоответствия размеров головки плода и таза матери независимо от их размеров, при этом не имеют прогностического значения:

- определение несоответствия размеров головки плода и таза матери до начала родов, основываясь на росте беременной, размере её стопы;
- проведение клинической и рентгенологической пельвиометрии, в том числе и компьютерной томопельвиометрии;
- высокое стояние головки перед родами;
- определение индекса Соловьёва, ромба Михаелиса, наружное и внутреннее акушерское исследование, УЗИ.

Наилучшим тестом на соответствие размеров головки плода и таза матери являются роды и этот диагноз правомочен только в родах.

Факторы риска возникновения клинически узкого таза:

- анатомически узкий таз;
- крупный плод;
- разгибательные предлежания головки плода;
- переношенная беременность;
- гидроцефалия плода;
- опухоли и пороки развития плода;

- опухоли и пороки развития таза матери;
- опухоли органов малого таза.

Условия диагностики узкого таза:

- раскрытие шейки матки более 8 см;
- отсутствие плодного пузыря;
- опорожненный мочевого пузырь;
- нормальная сократительная деятельность матки.

Диагностические признаки клинически узкого таза:

- отсутствие поступательного движения головки плода при полном раскрытии шейки матки и нормальной родовой деятельности;
- симптом Вастена вровень или положительный (розмер Цангемейстера больше, чем конъюгата экстерна);
- недостаточное прилегание шейки матки к предлежащей головке плода;
- высокое расположение кнтракционного кольца;
- появление потуг при высоком расположении головки плода;
- отек шейки матки с возможным распространением на влагалище и наружные половые органы;
- симптомы сдавления мочевого пузыря.

При наличии двух или более признаков устанавливается диагноз клинически узкого таза, который является показанием для срочного родоразрешения путем операции кесарево сечение при наличии живого плода. Интранатальная гибель плода является показанием к плодоразрушающей операции. При этом акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода противопоказаны.

Р.И. Калгановой (1965) предложена классификация клинически узкого таза в зависимости от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода:

I (относительное несоответствие)

- особенности вставления и биомеханизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза;
- хорошая конфигурация головки.

II (значительное несоответствие)

- особенности вставления и биомеханизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза;
- резко выраженная конфигурация головки;
- длительное стояние головки в одной плоскости таза;
- аномалии родовой деятельности (слабость, бурная, преждевременные потуги);
- признак Вастена “вровень”;
- симптомы прижатия мочевого пузыря.

III (абсолютное несоответствие)

- особенности вставления и биомеханизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза, однако может возникать механизм родов не свойственный данной форме таза;
- отсутствие вставления головки;
- отсутствие продвижения головки;
- выраженная конфигурация головки или ее отсутствие;
- признак Вастена “положительный”;
- симптомы прижатия мочевого пузыря;
- аномалии родовой деятельности;
- симптомы угрожающего разрыва матки

W. Hannah (1987) предложено различать две степени клинического несоответствия – относительное и абсолютное.

По мнению Е.А. Чернухи и соавт., необходимо различать относительное и абсолютное несоответствие между размерами таза матери и головки плода, так как тактика ведения будет различна [Е.А. Чернуха и соавт., 2005].

Признаки клинического несоответствия при тазовом предлежании плода практически не отличаются от таковых при головном предлежании – это потуги при высоком стоянии тазового конца, беспокойное поведение роженицы, симптомы прижатия мочевого пузыря, резкая болезненность нижнего сегмента и схваток, свисание и отек шейки, отсутствие продвижения тазового конца во время схватки, аномалии родовой деятельности, дистресс плода. Основное внимание при тазовом предлежании фиксируют на сроке беременности, предполагаемой массе плода, разогнутости головки, разновидности тазового предлежания, готовности к родам (зрелости шейки матки), состоянии плода, размерах таза [Е.А. Чернуха и соавт., 1985].

Список литературы

1. Клинический протокол МЗ РФ «Оказание медицинской помощи при анатомически узком тазе» от 21 января 2011 г.
2. Приказ Минздрава России N 572н (Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) от 12 ноября 2012 г.
3. Стандарт специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании (от 23 января 2013 г.)
4. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии [Текст] // под ред. Г.М. Савельевой. - М.: МИА, - 2013. - 20 с.
5. Радзинский, В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Текст] / Е.М. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 944 с.
6. Акушерство : нац. рук. / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой ; АСМОК, Российское о-во акушеров-гинекологов. - крат. изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -608 с. : ил. -Предм. указ.: с. 601-606.
7. Акушерство и гинекология: клин. рек. / гл. ред. В. н. Серов, Г. Т. Сухих. -4-е изд., перераб. и доп. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -1024 с. : ил. -Предм. указ.: с. 1006-1011
8. Макаров, И. О.Кардиотокография при беременности и в родах [Текст] : учеб. пособие / И. О. Макаров, Е. В. Юдина. -Москва : Медпресс-информ, 2012. -112 с. : ил. -Библиогр.: с. 110.
9. Клиническая гинекология и акушерство. Выпуск 4. Новые вакцины и антибиотики в акушерстве. - М.: Бином, 2012. - 950 с.
10. Т., Пестрикова Кровотечения во время беременности и родов / Т. Пестрикова, Е. Юрасова und И. Юрасов. - М.: Palmarium Academic Publishing, 2012. - 164 с.