



ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ
Кафедра акушерства, гинекологии и
перинатологии

УЗКИЙ ТАЗ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ



УЗКИМ ТАЗОМ

НАЗЫВАЕТСЯ ТАКОЙ ТАЗ,

У КОТОРОГО

УМЕНЬШЕНЫ ВСЕ РАЗМЕРЫ,

НЕСКОЛЬКО,

ИЛИ ОДИН ИЗ ГЛАВНЫХ

А.Я.Крассовский

- Либо такой, который представляет препятствие механического характера рождению

данного плода

в данных родах

М.С.Малиновский

СЛЕДОВАТЕЛЬНО,

есть 2 понятия:

Анатомически узкий таз

Функционально (клинически)

узкий таз

АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИЙ

- ВСЕ размеры
- Несколько (только прямые, только косые, только поперечные....)
- Один из главных
 - В плоскости входа все – главные

C.Vera - критерий, определяющий степень сужения

Все это можно измерить и у
небеременной женщины

ФУНКЦИОНАЛЬНО (КЛИНИЧЕСКИ) УЗКИЙ ТАЗ

**ТАЗ, КОТОРЫЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ
ПРЕПЯТСТВИЕ ДЛЯ
ПРОДВИЖЕНИЯ ПО НЕМУ
ПЛОДА В ДАННЫХ РОДАХ**

**Пока не попробуешь вести роды –
не узнаешь!**

ИСТОРИЯ:

- 1543 г. **А.Везалий** впервые описал строение таза и нашел, что кости таза не расходятся
- 1578 г. **Аранций** подтвердил неподвижность тазовых костей
- 1701 г. **Девентер** впервые описал таз с акушерской точки зрения и ввел понятия
 - узкий таз
 - плоский
 - общесуженный
 - влияние таза на форму головки

- 1747 г. **Левре** - рахитический таз
«тазовый вход»
проводная ось
- 1751 г. **Смелли** - биомеханизм родов при
плоском тазе
S.diagonalis
опознавательные точки на
головке для определения
вставления

- 1753 г. **Редерер** - механизм при общеравно-
мерно суженном тазе
- 1775 г. **Штейн** - тазомер в виде палочки для
измерения *S.diagonalis*
Остеомалятический таз
- 1810 г. **Боделок** - *S.externa*
тазомер – циркуль в
1788 г.

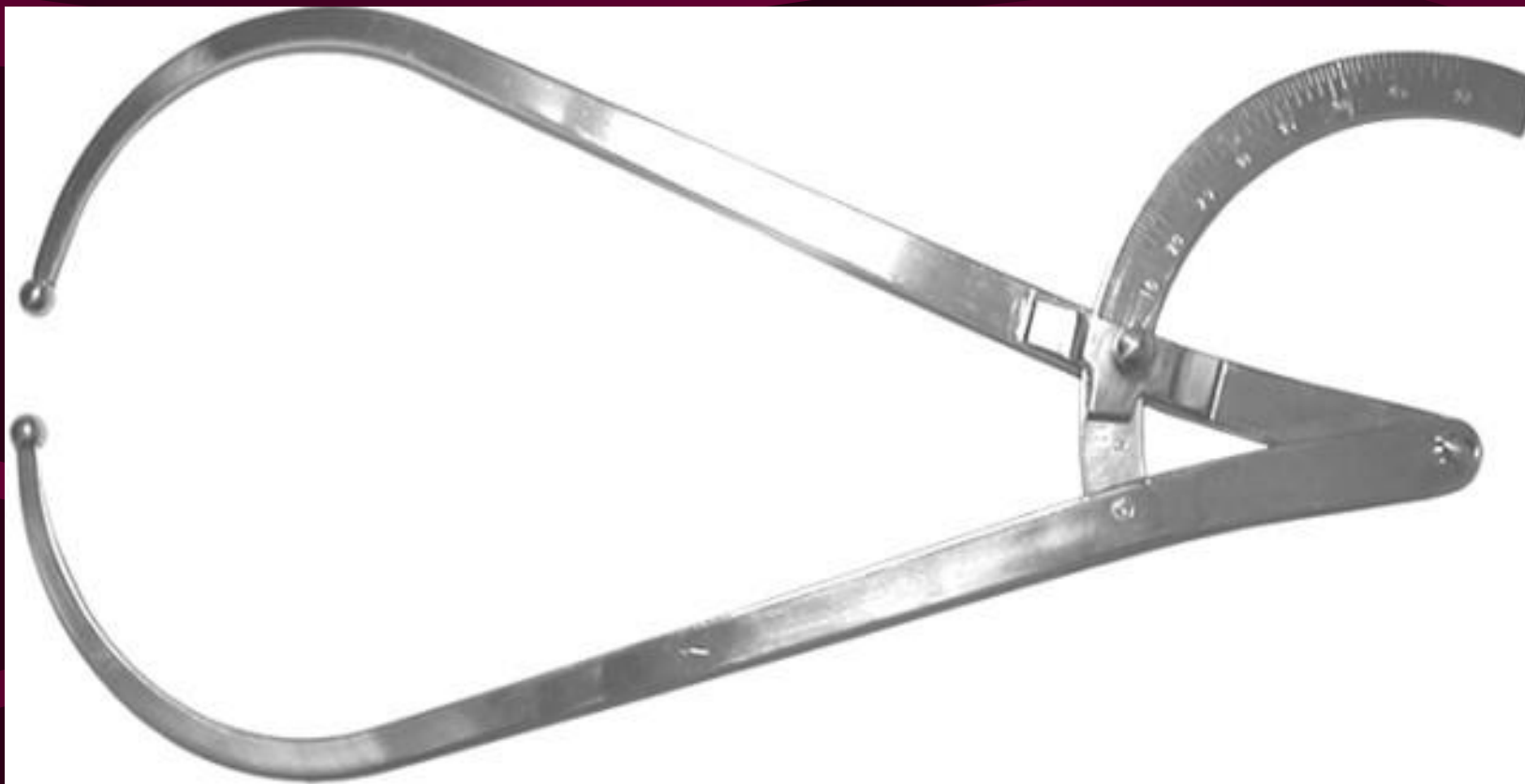
- 1839 г. **Негеле** - анкилотический таз
кососуженный
- 1842 г. **Роберт** - поперечносуженный
- 1848 г. **Михаэлис** – степени сужения
D.sp., D.cr., D.troch.
частота узкого таза 7.2%
- 1856 г. **Рокитанский** (Вена)
- кифотический (воронкообр)
- 1860 г. **Литцман** - асинклитизм при плоских тазах
- 1865 г. **А.Я.Крассовский**
- 1967 г. **М.С.Малиновский**

Значимость проблемы узкого таза обусловлена процессом акселерации, возрастанием величины массоростового показателя среди населения, увеличением частоты смешанных форм узкого.

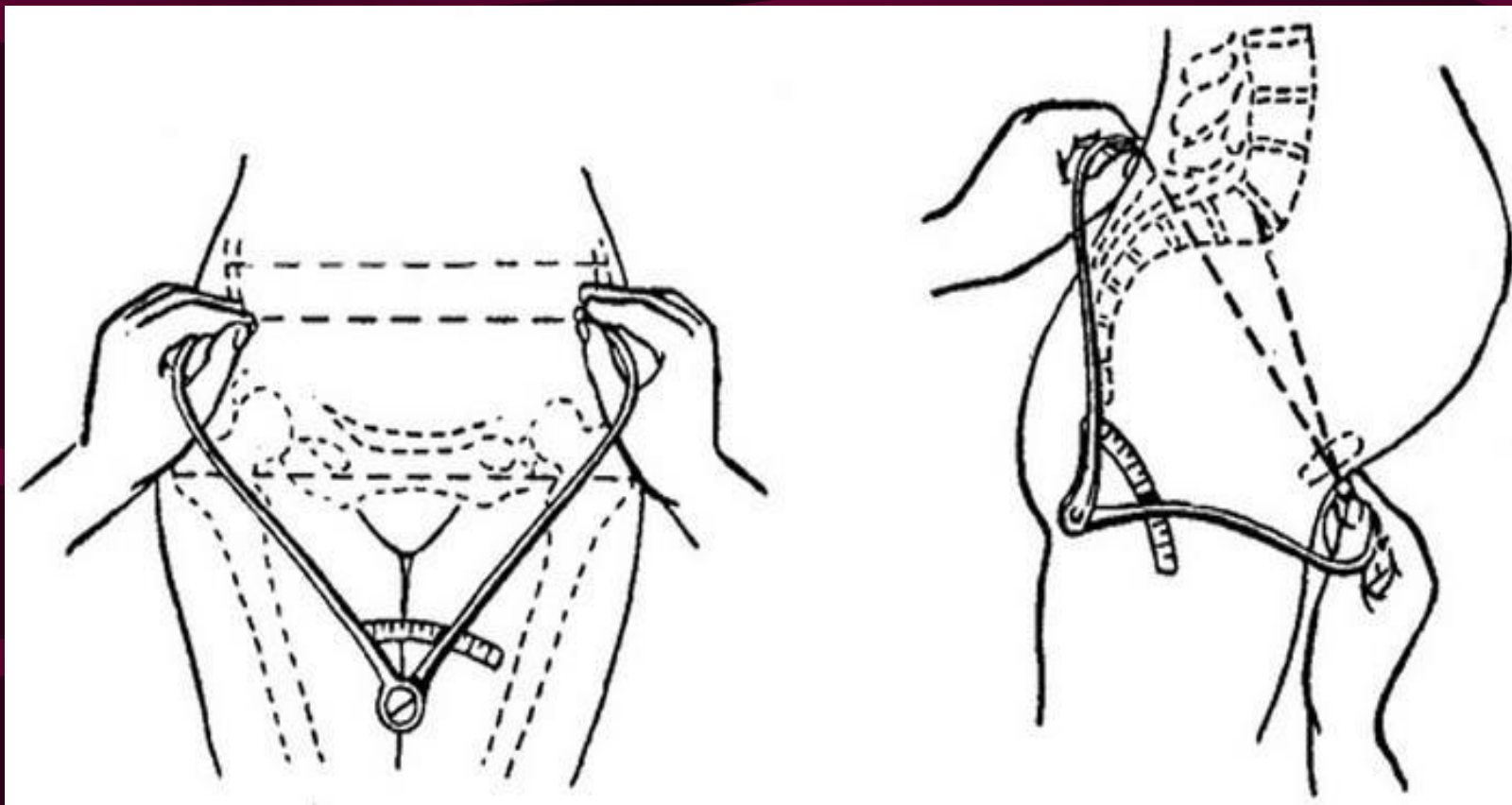
Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относится к наиболее трудным разделам практического акушерства, т.к. узкий таз является одной из причин материнского и детского травматизма и причиной материнской и перинатальной смертности.



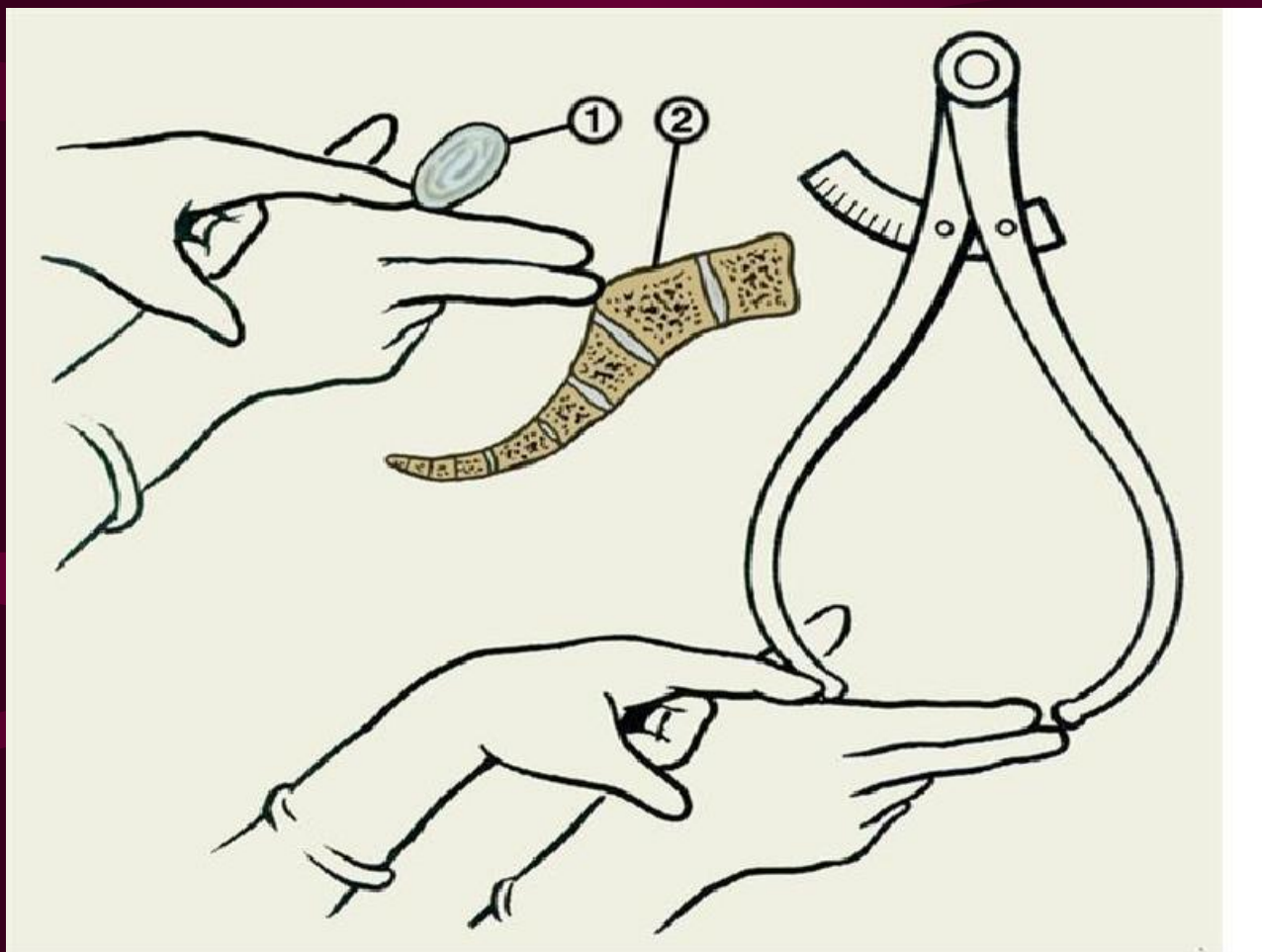
**Частота анатомически узкого таза
составляет от 1,04 до 7,7 %.**



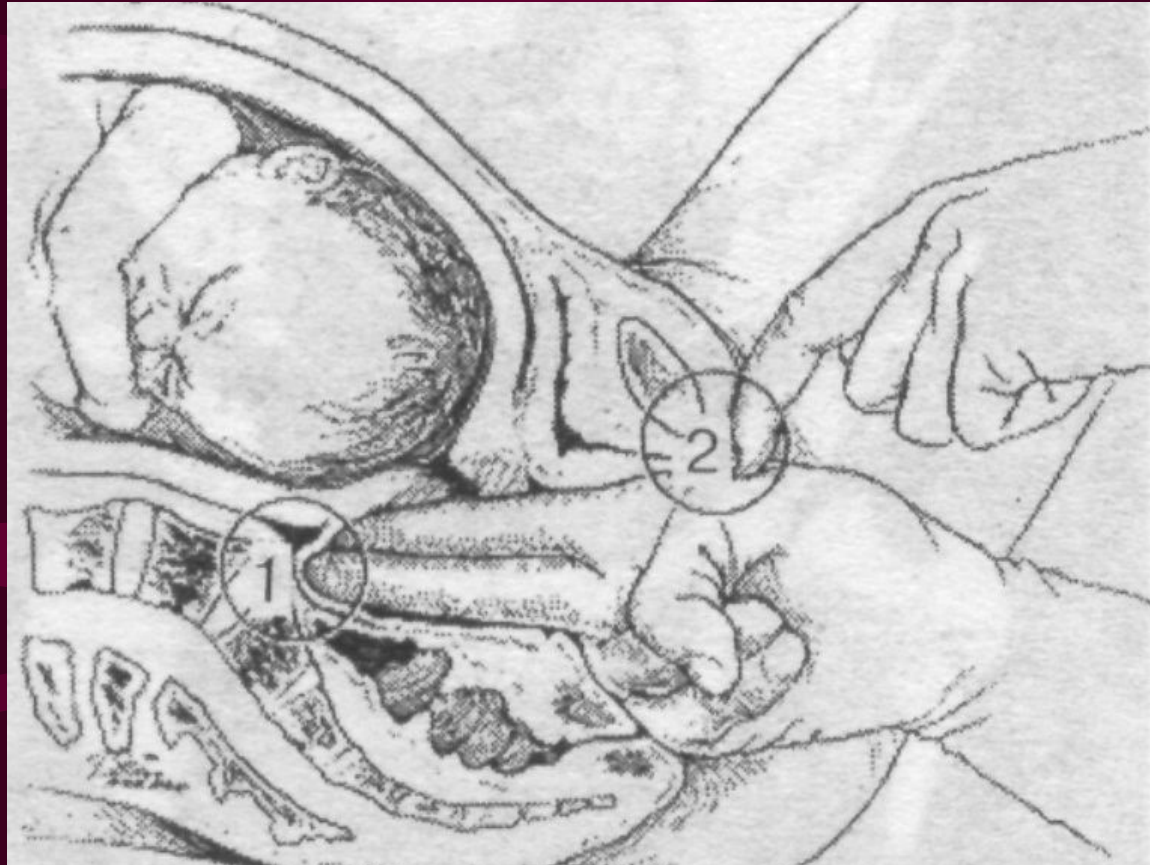
Акушерский тазомер



**Измерение наружных
размеров таза**



Измерение диагональной конъюгаты

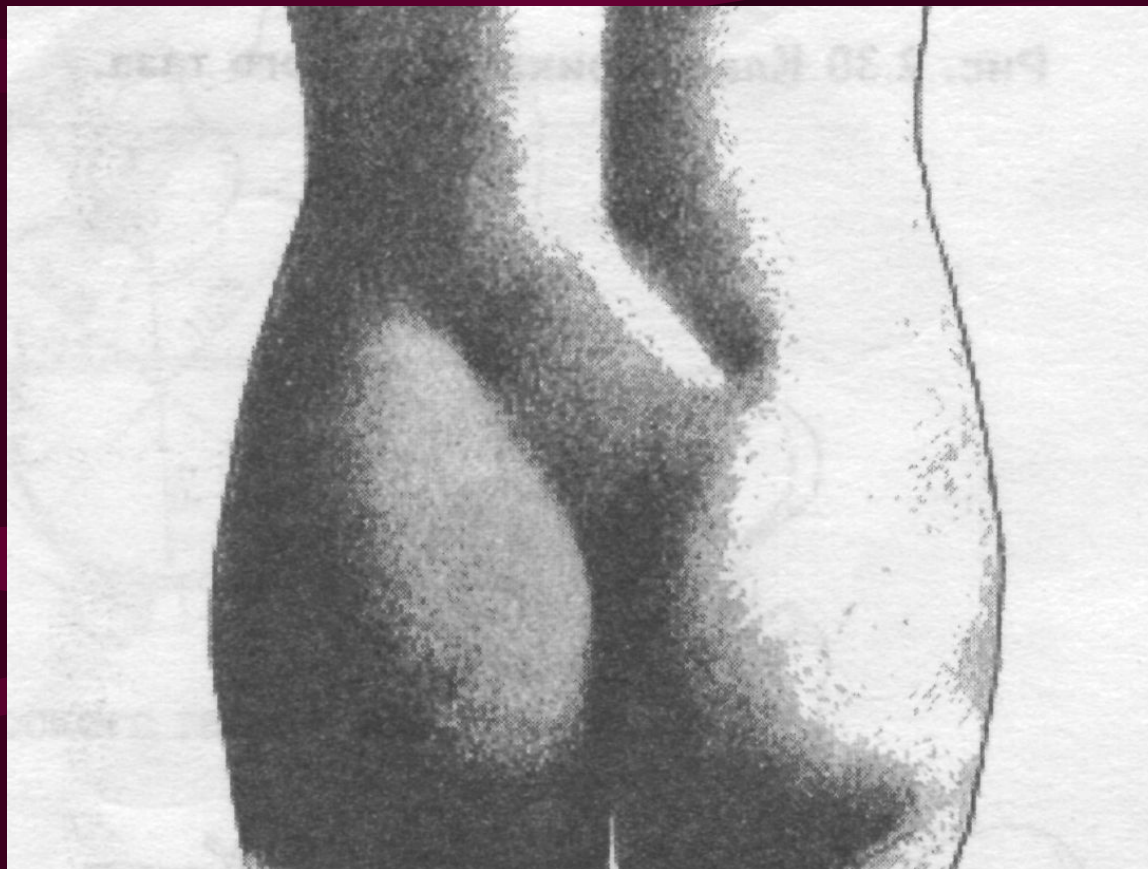


Измерение диагональной конъюгаты

Крестцовый ромб Михаэлиса

образован следующими образованиями:

- сверху — надкрестцовая ямка;
- снизу — верхушка крестца (место отхождения седалищных мышц);
- с боков — задневерхние выступы подвздошных костей.
- Размеры: ширина — 10 см, высота — 11 см, высота верхнего треугольника — 4,5 см.



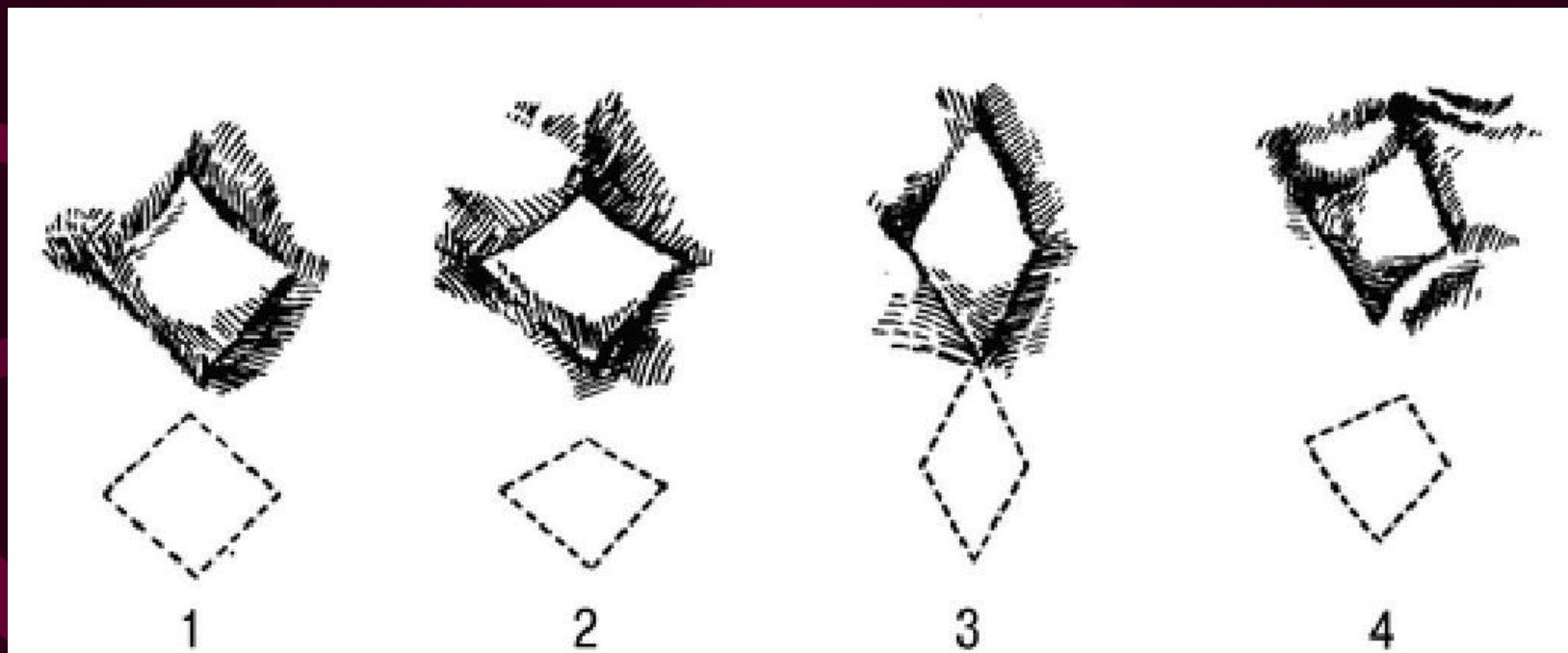
Крестцовый ромб Михаэлиса

1 — нормальный таз;

2 — плоскоррахитический таз;

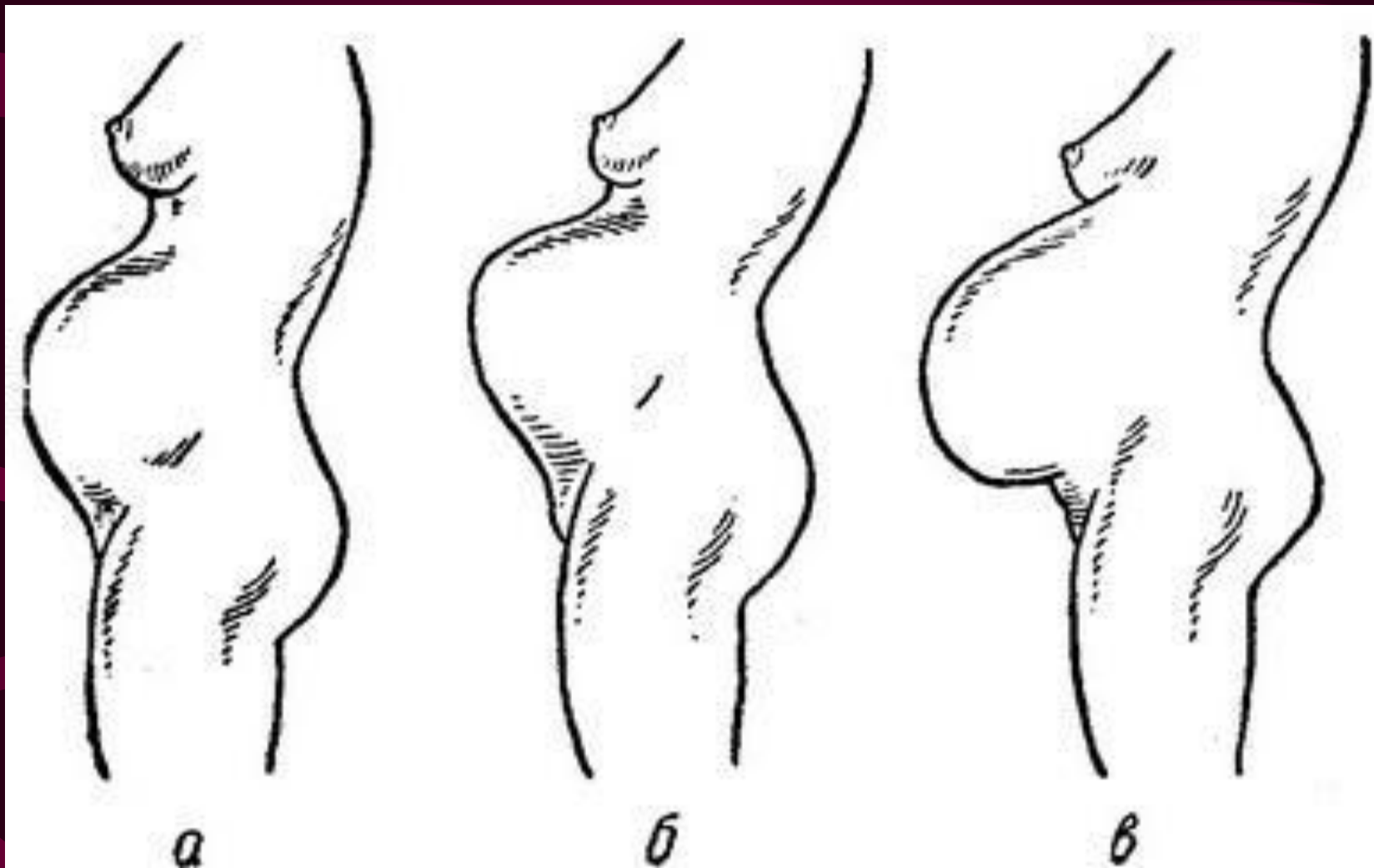
3 — общеравномерносуженный таз;

4 — кососуженный таз.



ДИАГНОСТИКА

- АНАМНЕЗ
- ОБЩИЙ ОСМОТР
- РОСТ ЖЕНЩИНЫ 152 см
- ТАЗОИЗМЕРЕНИЕ
- ИНДЕКС СОЛОВЬЕВА
- РОМБ МИХАЭЛИСА
- ОКРУЖНОСТЬ ТАЗА (В НОРМЕ БОЛЕЕ 85 СМ)
- ВЫСОТА ТАЗА (В НОРМЕ МЕНЕЕ 11 СМ)
- ВЫСОТА ЛОНА (В НОРМЕ МЕНЕЕ 4,5 – 4 СМ)
- ЛОННЫЙ УГОЛ (В НОРМЕ БОЛЕЕ 90°)
- БОКОВЫЕ КОНЪЮГАТЫ (В НОРМЕ 14 СМ и более)
- АССИМЕТРИЯ КОСЫХ РАЗМЕРОВ ТАЗА (21 см)
- НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- УЗИ
- РЕНТГЕНОПЕЛЬВИОМЕТРИЯ



Форма живота при узком тазе

ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ УЗКОГО ТАЗА:



- 1. В детском возрасте основными факторами являются недостаточное питание, рахит, полиомиелит и др.
- 2. В период полового созревания важную роль играют половые стероиды эстрогены и андрогены. Так, эстрогены стимулируют рост таза в поперечных размерах и его созревание (окостенение), андрогены - рост скелета и таза в длину. При нарушении их соотношения формируется таза неправильной формы (напоминающий мужской).
- 3. В современных условиях значительные психоэмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации, усиленные занятия спортом в раннем возрасте вызывают компенсаторную гиперфункцию гормональной системы организма девочки, что в конечном итоге приводит к формированию поперечносуженного таза (напоминающего мужской).
- 4. К деформациям таза приводят туберкулез, травматические повреждения таза, позвоночника, нижних конечностей.

Классификация по форме сужения

1. Сравнительно часто встречающиеся формы узкого таза:

- Общеравномерносуженный
- Поперечносуженный таз
- Плоский таз: - простой плоский,
- - плоскоррахитический
- Общесуженный плоский.

2. Редко встречающиеся формы узкого таза:

- Кососмещенный и кососуженный,
- Ассимиляционный,
- Воронкообразный,
- Кифотический,
- Остеомалятический,
- Спондилолистетический,
- Таз, суженный экзостозами, костными опухолями, вследствие переломов таза со смещением,
- Другие формы.

В настоящее время:

- поперечносуженный - 45,2%
- плоский:
 - простой плоский - 13,6%
 - плоскоррахитический - 6,5%
 - таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости малого таза - 21,8%
- общеравномерносуженный - 8,5%
- Редко встречающиеся формы узкого таза - 4,4%

Классификация по степени сужения таза

(основанная на размерах истинной конъюгаты):

- I степень - истинная конъюгата 9-11 см
- II степень - истинная конъюгата 7,5-9 см
- III степень - истинная конъюгата 6,5-7.5 см
- IV степень - истинная конъюгата меньше 6,5 см
(абсолютно узкий таз)

Сужения таза III и IV степени в практике встречаются чрезвычайно редко.

СТЕПЕНЬ СУЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТ ПРОГНОЗ ИСХОДА РОДОВ

- 1 СТ. - 80% РОДОВ ЗАКОНЧАТСЯ **НОРМАЛЬНО**
- 2 СТ. – 50% ДЕТЕЙ РОДЯТСЯ **ЖИВЫМИ**
- 3 СТ. – РОДЫ ЖИВЫМ ПЛОДОМ (В НЕУМЕНЬШЕННОМ ВИДЕ) **НЕВОЗМОЖНЫ**
- 4 СТ. – **АБСОЛЮТНО УЗКИЙ ТАЗ**

(ДАЖЕ В УМЕНЬШЕННОМ ВИДЕ **ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПЛОД ИЗВЛЕЧЬ НЕЛЬЗЯ**)

- Сужение I степени наблюдается в 90-91%,
- II степени - в 8-9%,
- III степени - в 0,2-0,3%.

За рубежом широко используется классификация, учитывающая особенности строения таза:

- **1. гинекоидный (женский тип таза),**
- **2. андроидный (мужской тип),**
- **3. антропоидный (присущий приматам),**
- **4. платипеллоидный (плоский).**

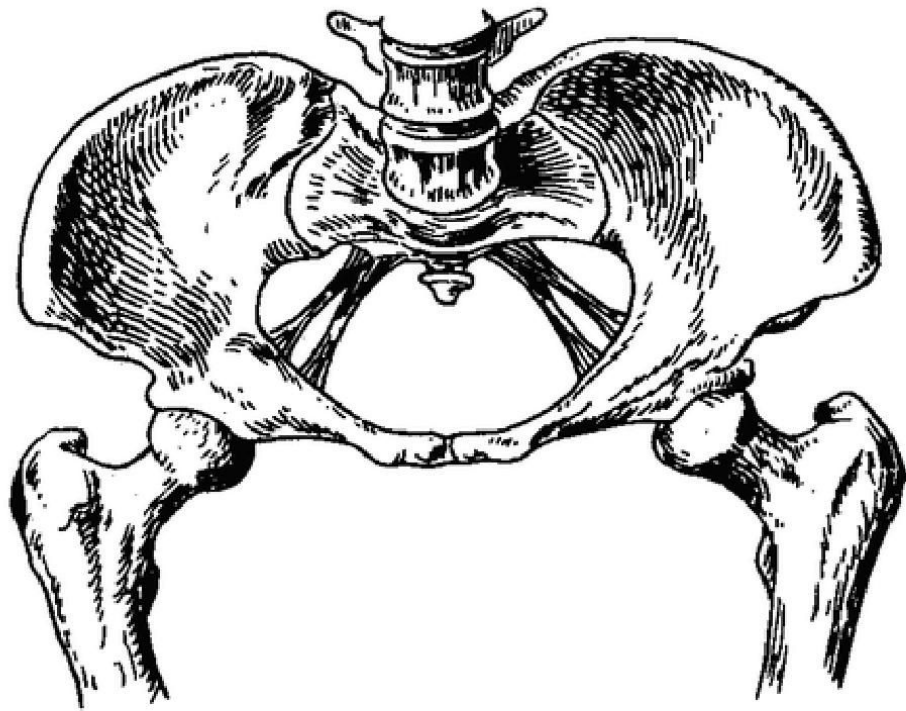
Кроме указанных четырех перечисленных форм, различают 14 вариантов смешанных форм таза.

ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ -

- все размеры (прямые, поперечные и косые) уменьшены н одинаковую величину, чаще всего на 1,5-2 см.
- ОРСТ чистого типа наблюдается у женщин небольшого роста, правильного телосложения, таз имеет правильную форму нормального, хорошо развитого таза, но все размеры его уменьшены.

ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ

- Пропорционально уменьшены все размеры:
23-25-27-17 с.vera < 11 cm
- Ромб Михаэлиса симметричный
- Равномерное уменьшение емкости таза
- **Болезни в детстве и в период полового созревания, Рост, вес, конституция, инфантилизм**



Наблюдаются следующие разновидности общеравномерносуженного таза:

а. Инфантильный - встречается у женщин при морфологических и функциональных признаках инфантилизма. Наряду с уменьшением всех размеров таз сохраняет некоторые признаки присущие детскому возрасту: крестец узок и малоизогнут, лобковый угол острый.

б. Таз мужского типа - у женщин высокого роста с признаками интерсексуальности. По строению таз приближается к мужскому: высокая, воронкообразная форма полости, острый лобковый угол.

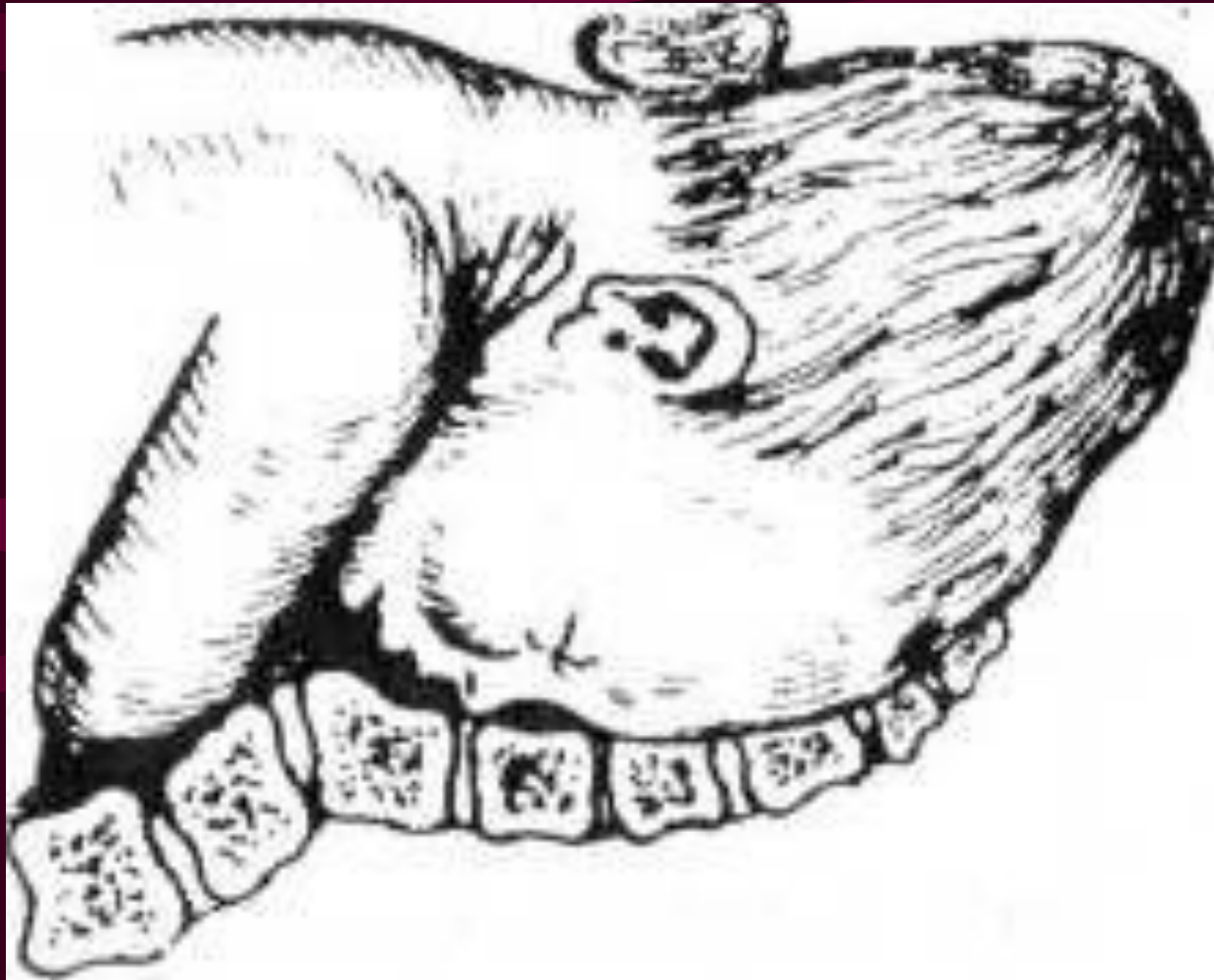
в. Карликовый таз - крайняя степень сужения ОРСТ. Встречается чрезвычайно редко у женщин маленького роста (120-145 см.), но пропорционального сложения.

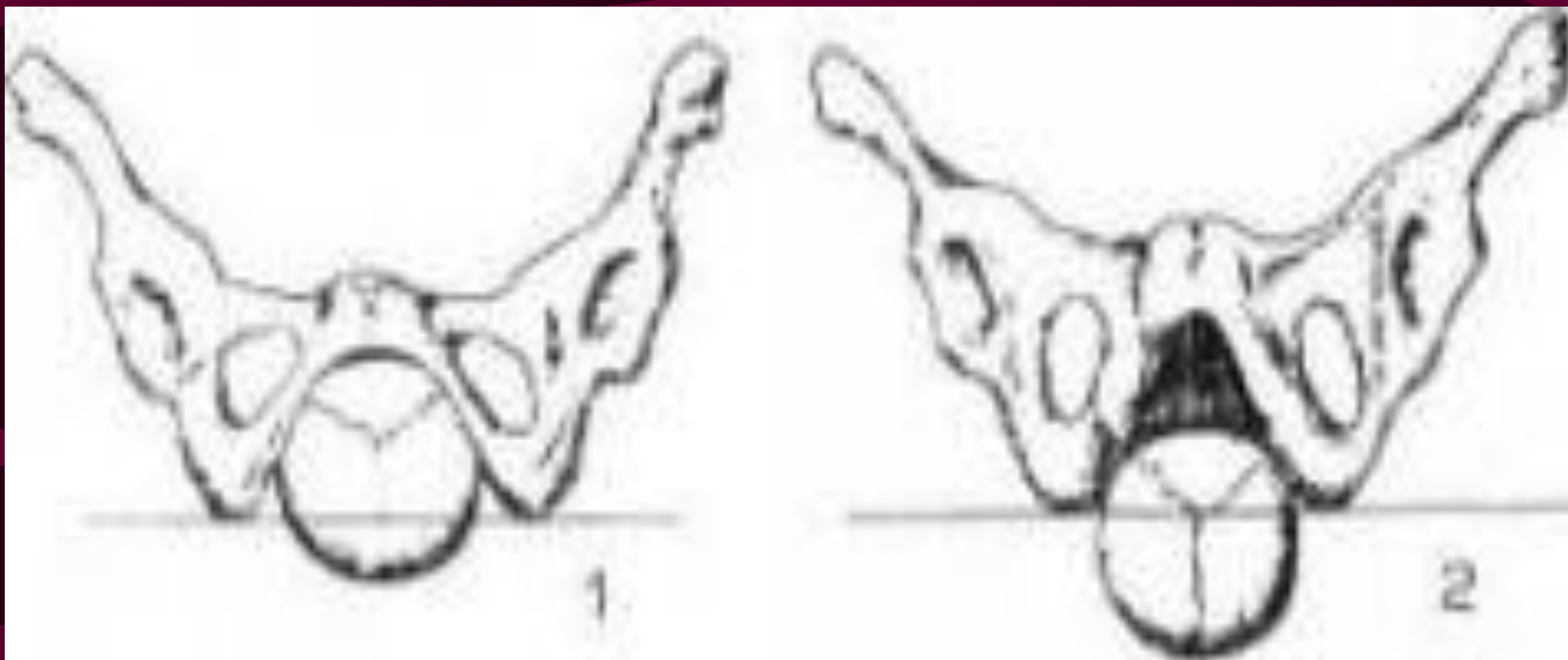
ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ:

- Сгибание головки во входе в таз, так что плод опускается в полость малого таза размером головки меньше, чем малый косой.
- Максимальное сгибание головки при переходе из широкой части в узкую,
- Долихоцефалическая форма головки (сильная конфигурация головки).
- Отсутствие полноценной точки фиксации из-за острого угла лонного сочленения, вследствие чего – перерастяжение и травмы промежности

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

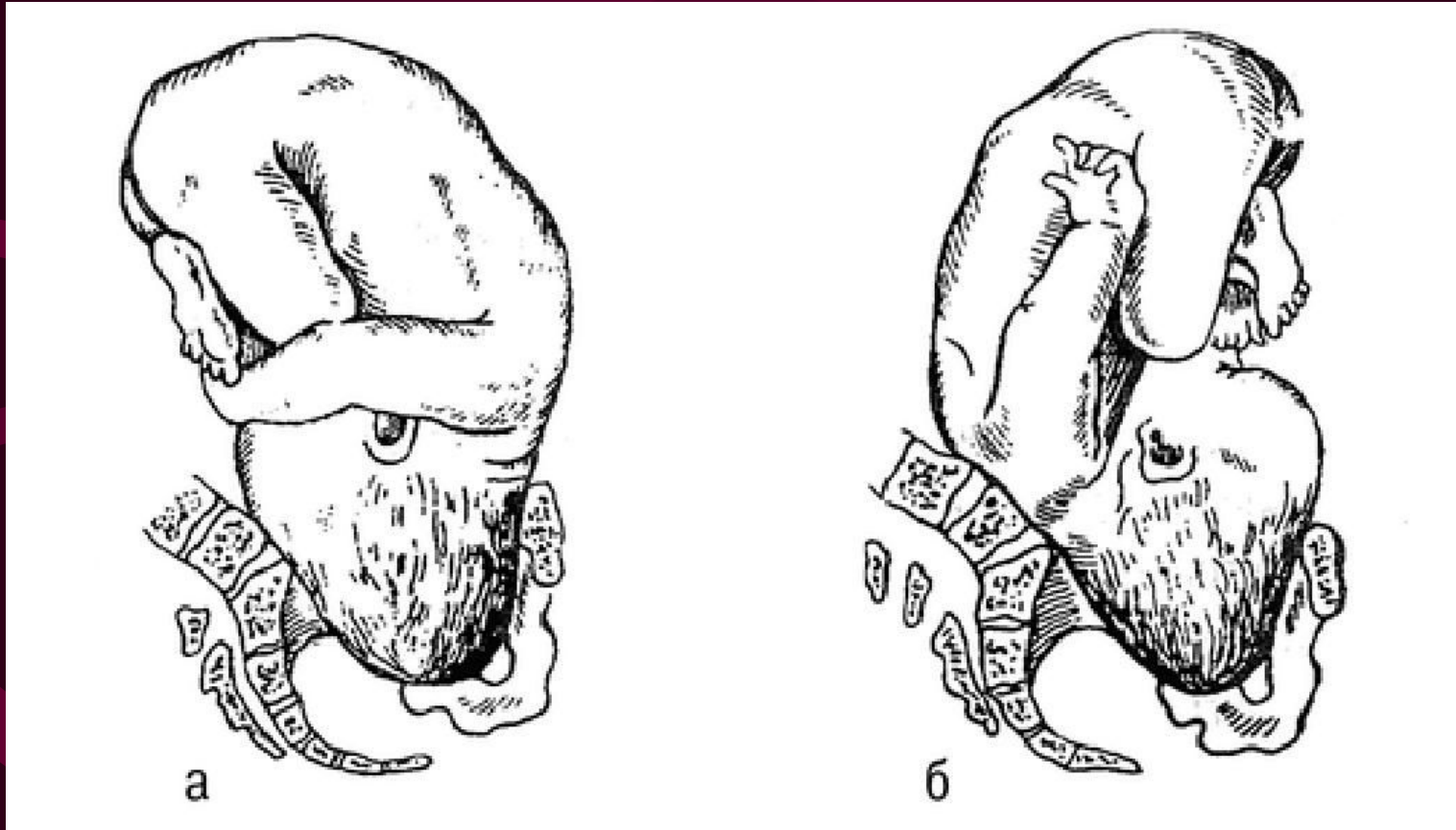
- Слабость родовой деятельности
- Подвижность головки над входом
- Несвоевременное отхождение вод
- Выпадение мелких частей и пуповины
- Длительное изгнание
- Сдавление мягких тканей вплоть до некроза
- Перерастяжение нижнего сегмента
- Родовой травматизм





Отсутствие полноценной точки

Высокое прямое стояние ГОЛОВКИ



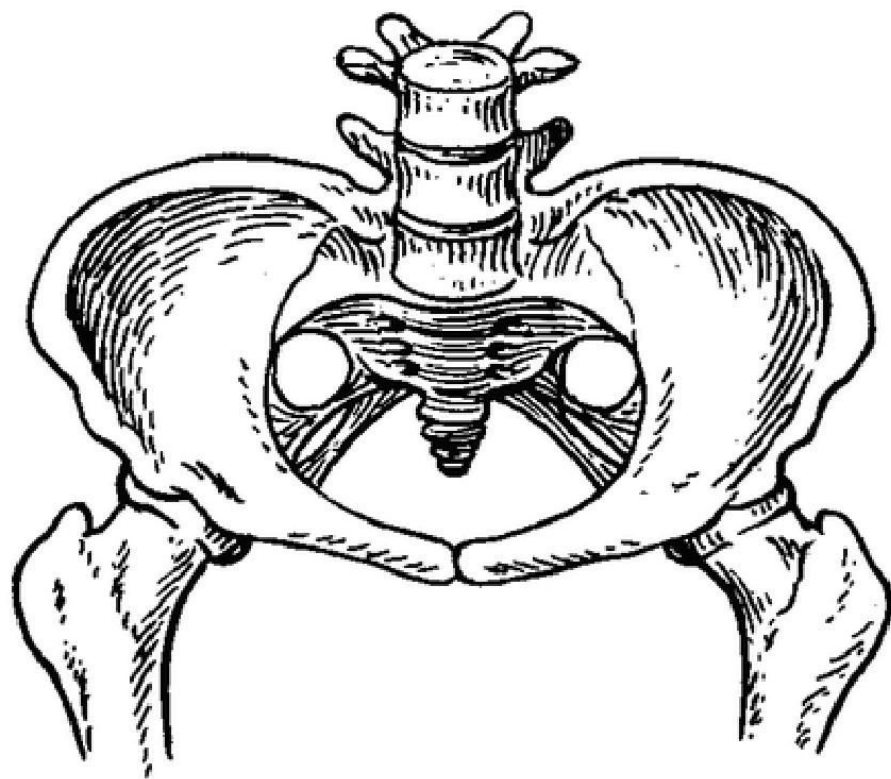
ПЛОСКИЙ ТАЗ

- характеризуется укорочением прямых размеров при обычной величине поперечных и косых. Плоский таз возникает в результате смещения крестцовой кости вперед, к лонному сочленению.

Простой плоский таз

- характеризуется вдвиганием крестца в таз без изменения формы и кривизны крестца, что приводит к уменьшению всех прямых размеров,
- вход в малый таз имеет отчетливую форму овала, расположенного длинником поперек.

Причина образования простого плоского таза не выяснена, у женщин с этим видом узкого таза - телосложение правильное



ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПРОСТОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ:

- длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере плоскости входа в малый таз.
- небольшое разгибание головки во входе в таз, так что над размером входа в малый таз оказывается малый поперечный размер головки (8см).
- при хорошей родовой деятельности головка плода опускается в малый таз стреловидным швом в поперечном размере – *низкое поперечное стояние головки*
- внутренний поворот головки может произойти на тазовом дне, или при бурной родовой деятельности головка плода может не совершить внутреннего поворота и ее рождение происходит стреловидным швом в поперечном размере, что является травматичным для матери и плода.

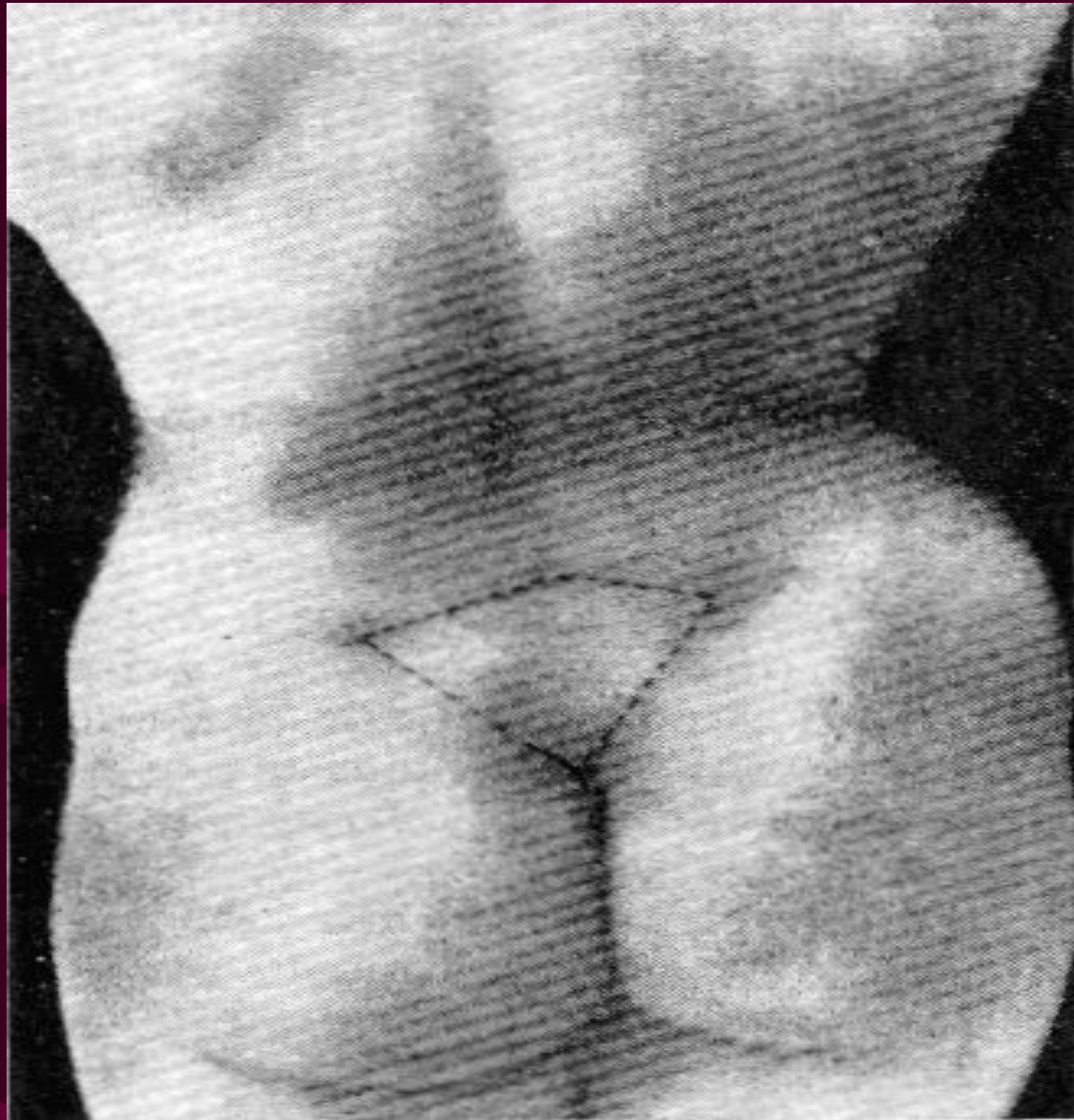
Плоскоррахитический таз

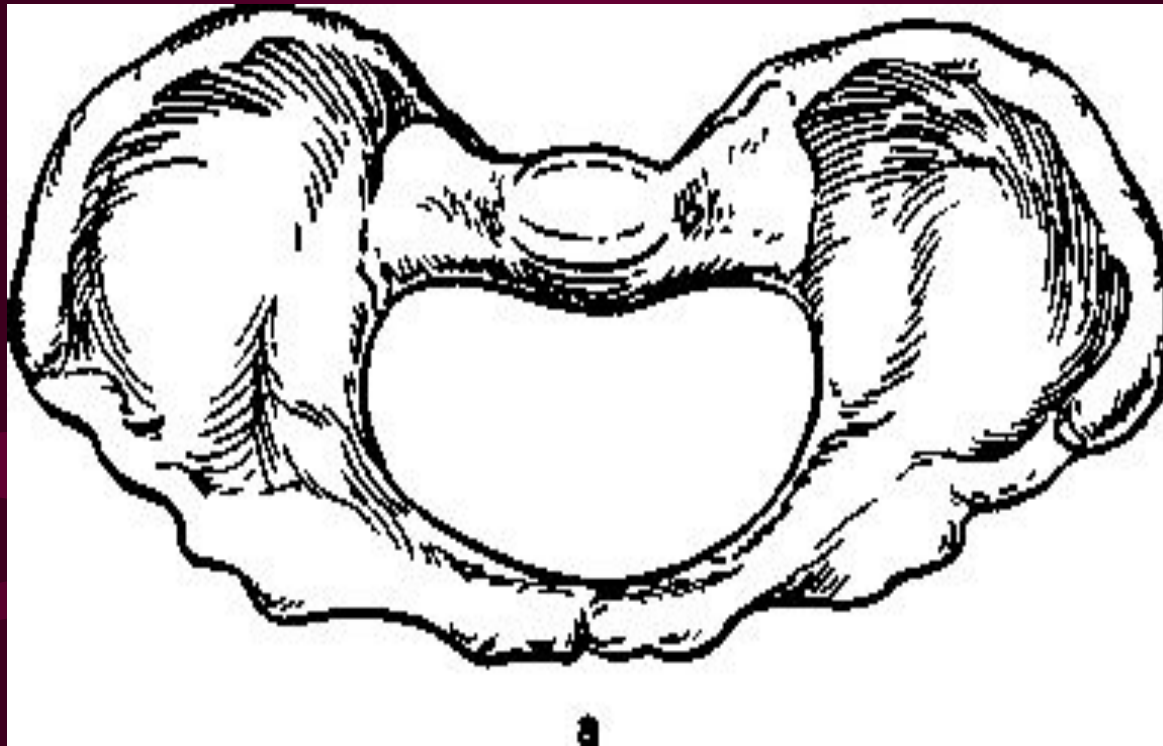
Причина формирования - заболевание детей рахитом:

- Замедляется окостенение широких хрящевых прослоек, разделяющих кости таза,
- Давление позвоночника на таз и натяжение мышечно-связочного аппарата приводит к деформации таза.

Характеризуется:

- крылья подвздошных костей слабо развиты плоские, развернуты, в соответствии с этим $d. Spinarum$ приближается к $d. Cristarum$, и даже может превышать ее,
- крестцовый мыс глубоко выступает в плоскость входа в малый таз, прямой размер плоскости входа в малый таз (истинная конъюгата) уменьшен
- крестец уплощен и отогнут кзади вокруг оси, вследствие чего размеры выхода из малого таза увеличены.
- иногда определяется второй "ложный" мыс, иногда он располагается ближе к лонному сочленению, чем истинный мыс.





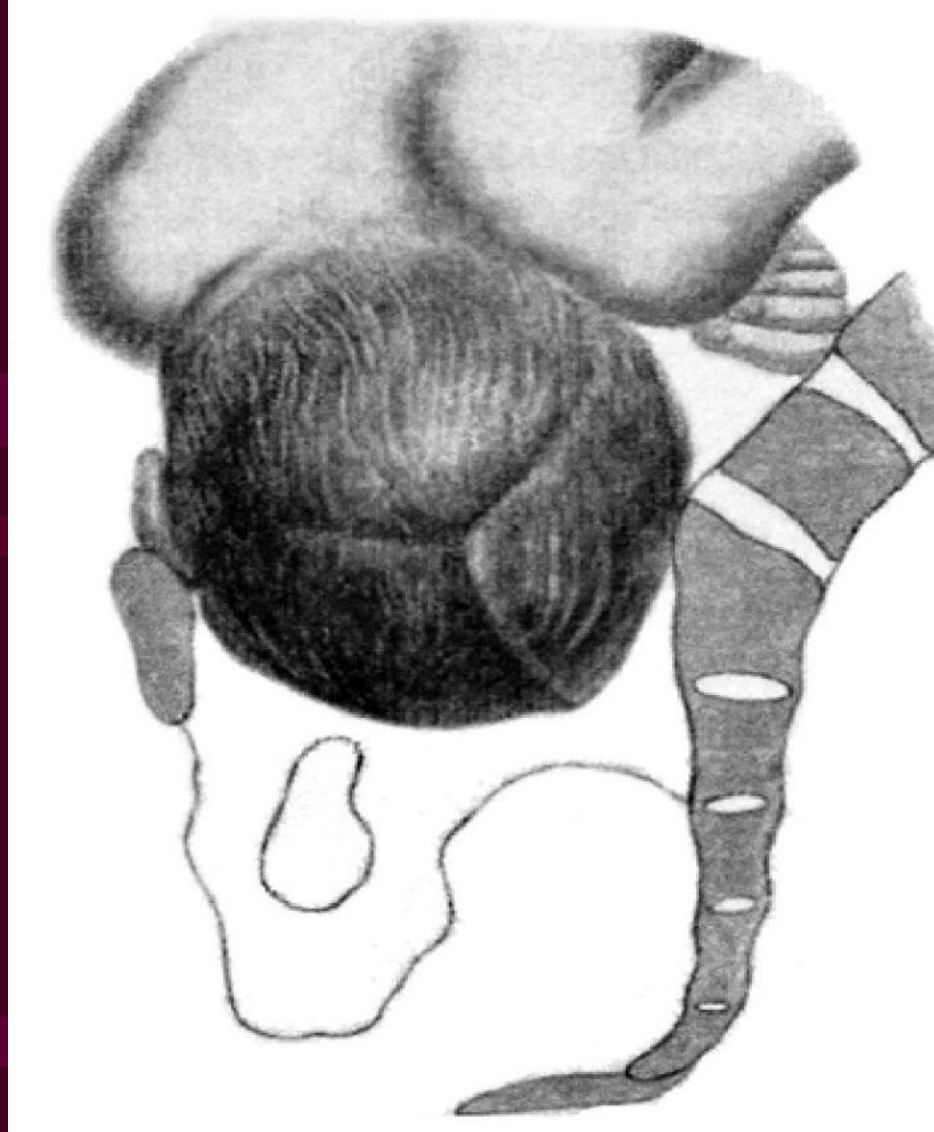
Плоскоррахитический таз

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКОМ ТАЗЕ:

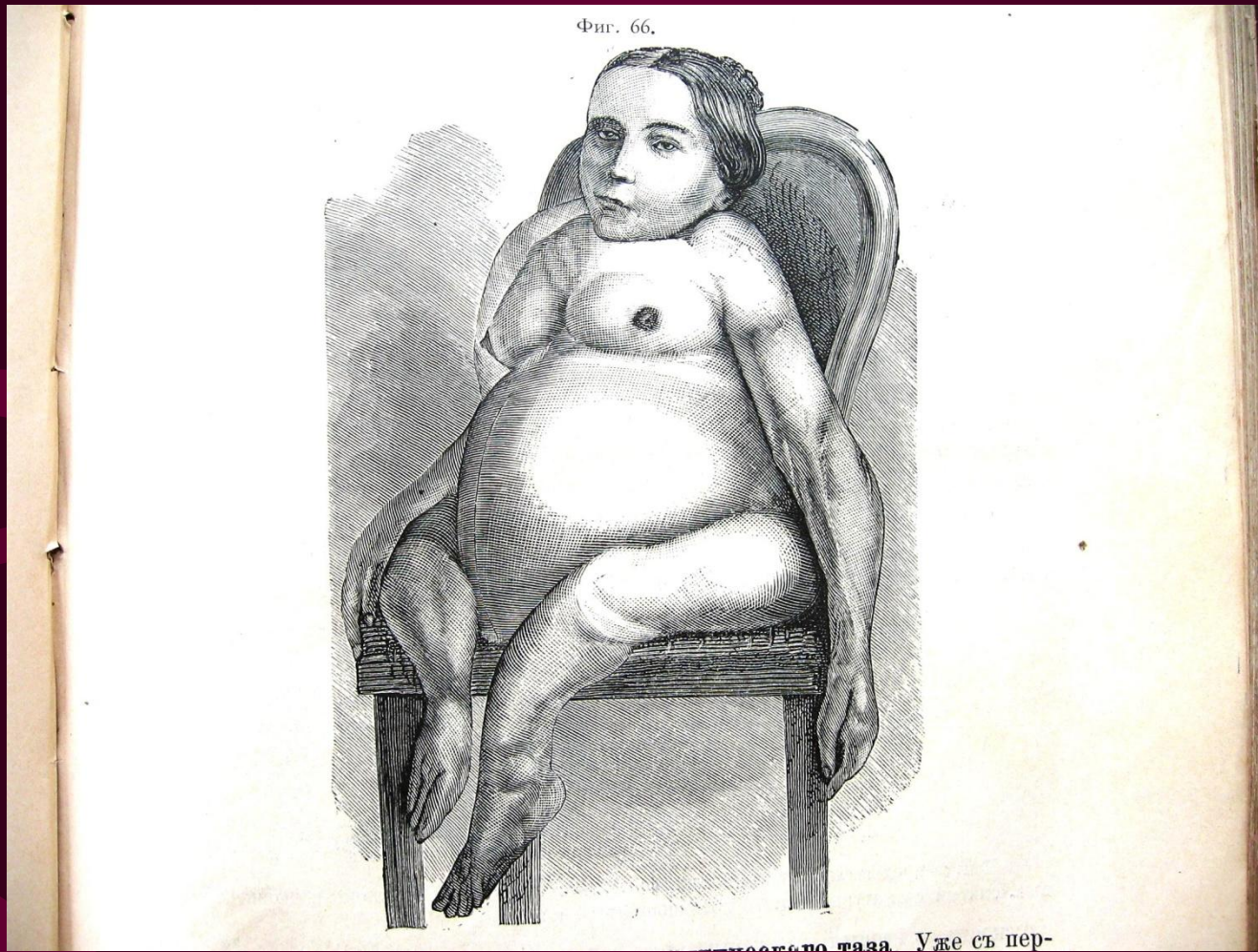
Асинклитическое вставление головки:

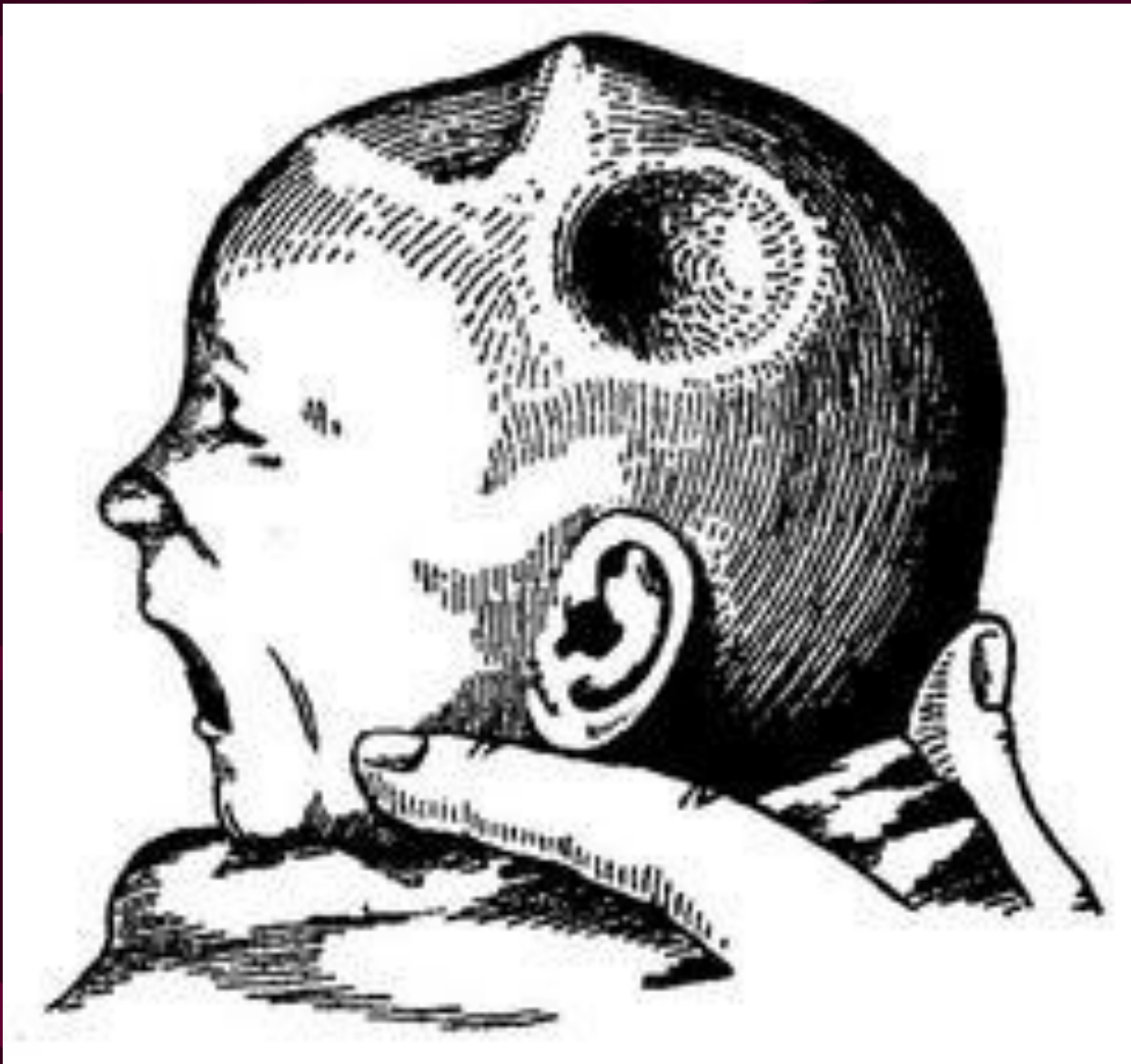
- Передний асинклитизм - благоприятный - при хорошей родовой деятельности задняя теменная кость соскальзывает с мыса и далее роды протекают по типу "штурмовых".
- Задний асинклитизм - неблагоприятный - развивается клиника функционально узкого таза и дальнейшее консервативное ведение родов не представляется возможным.

Передний асинклизизм



ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКИЙ





ОБЩЕСУЖЕННЫЙ ПЛОСКИЙ ТАЗ

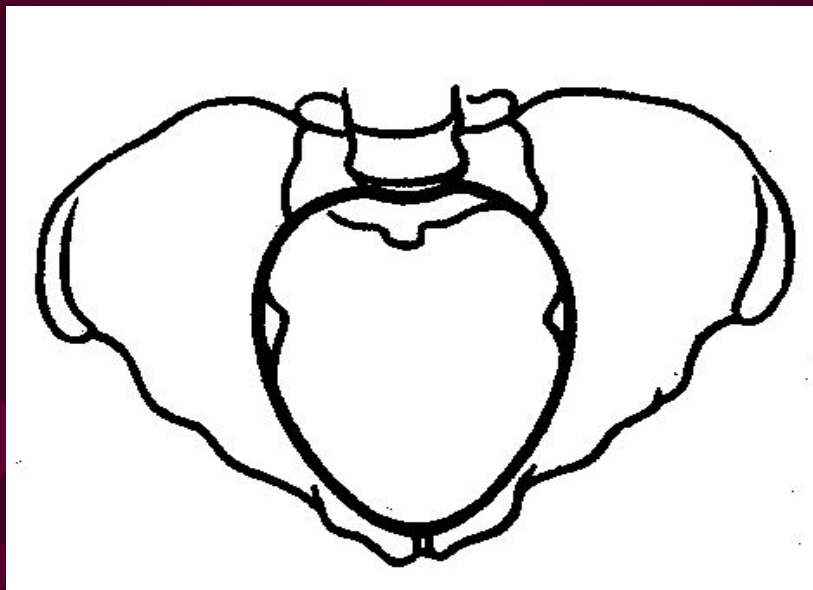
совмещает признаки общеравномерносуженного и простого плоского тазов:

- резко укорочен прямой размер входа в малый таз
- строение полости малого таза может быть различным, в зависимости от доминирующей формы

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ОБЩЕСУЖЕННОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ:

- Головка долго стоит над входом в малый таз и вставляется в входе в малый таз стреловидным швом в поперечном размере.
- Далее течение родов зависит от того, какое сужение преобладает в данном тазе, либо как при плоском, либо как при общеравномерносуженом.
- Нередко – резко выраженный асинклитизм.

ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ (45%)



**УМЕНЬШЕНЫ ПОПЕРЕЧНЫЕ РАЗМЕРЫ ВСЕХ
ПЛОСКОСТЕЙ ТАЗА**

**ИМЕЕТСЯ УПЛОЩЕНИЕ КРЕСТЦА
УВЕЛИЧЕНИЕ ВЫСОТЫ КРЕСТЦА
ЛОННЫЙ УГОЛ ОСТРЫЙ**

Соп. VERA в норме или больше нормы

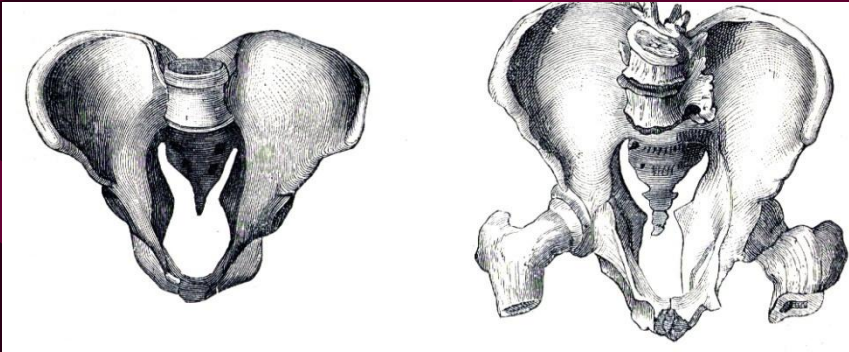
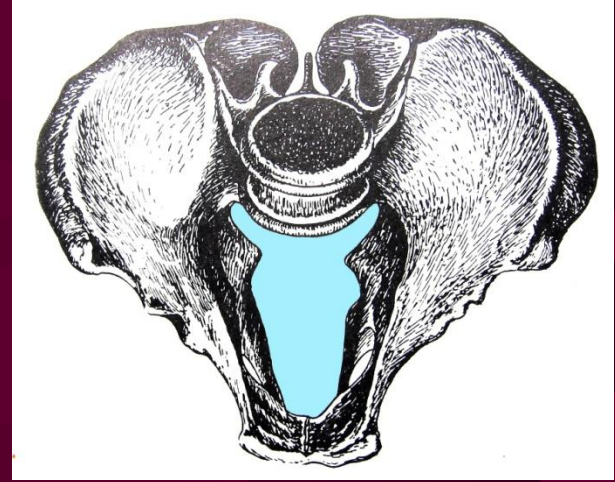
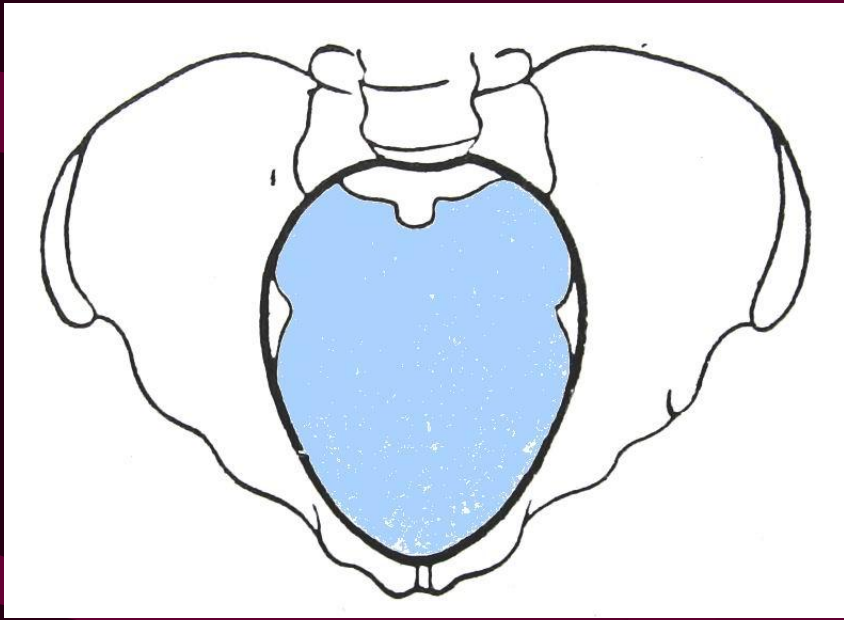
КЛАССИФИКАЦИЯ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОГО ТАЗА ПО СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ

*КРИТЕРИЙ - ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР
ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ*

1 степень - размер менее 12,4 но более 11,5 см

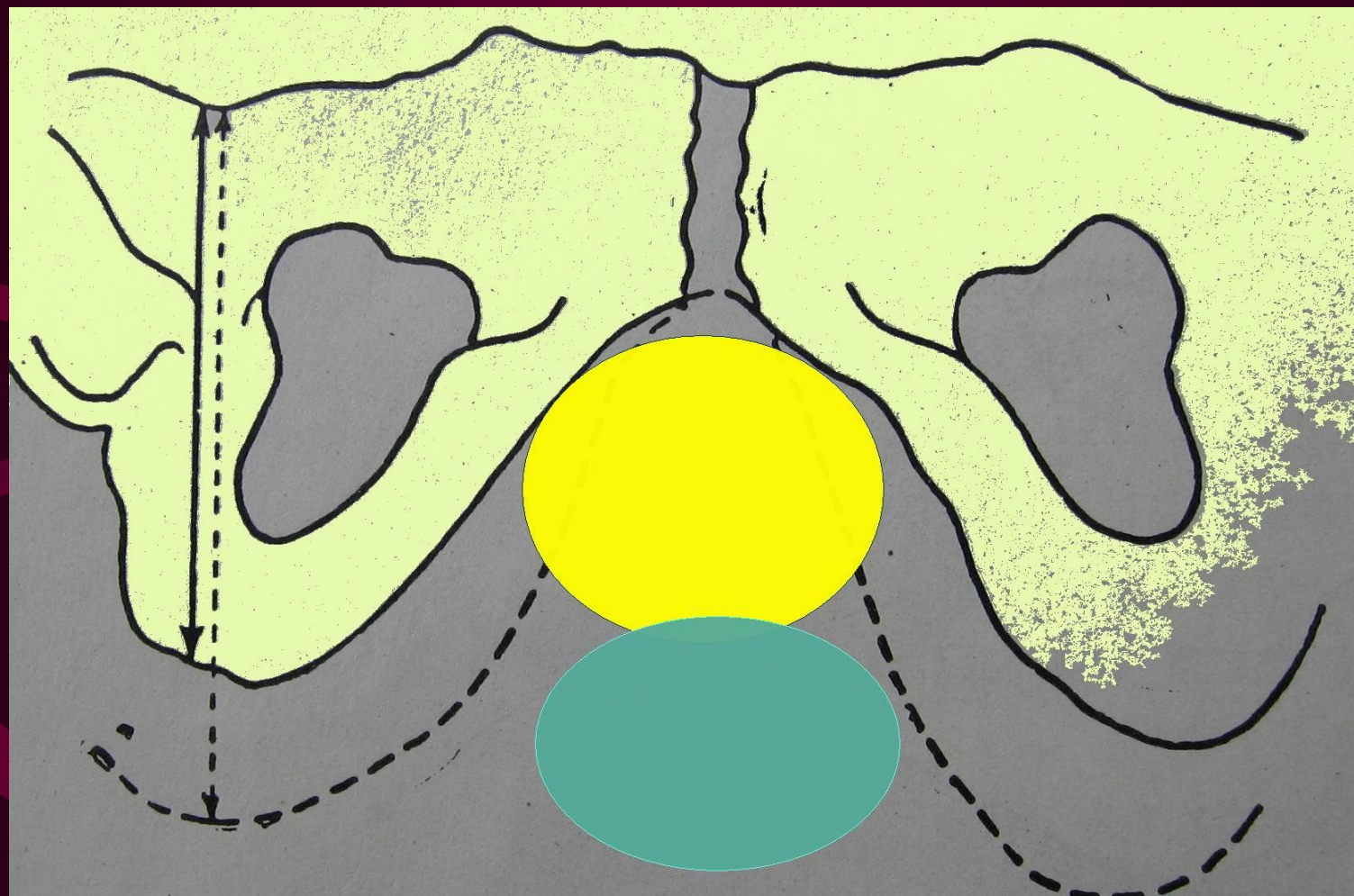
2 степень - размер менее 11,4 но более 10,5 см

3 степень - размер менее 10,5 см



ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ

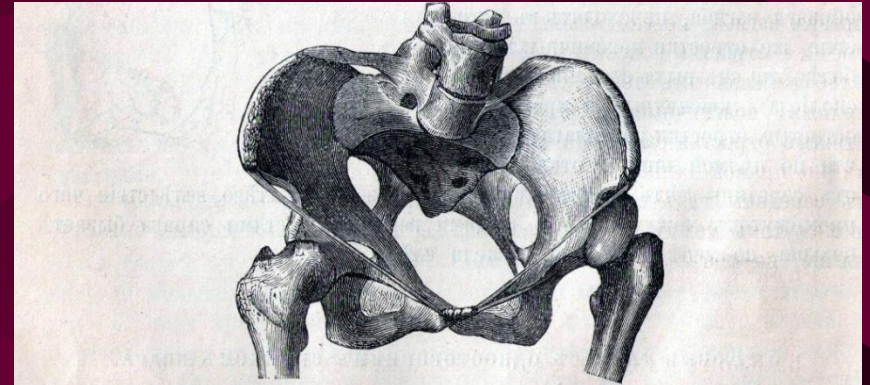
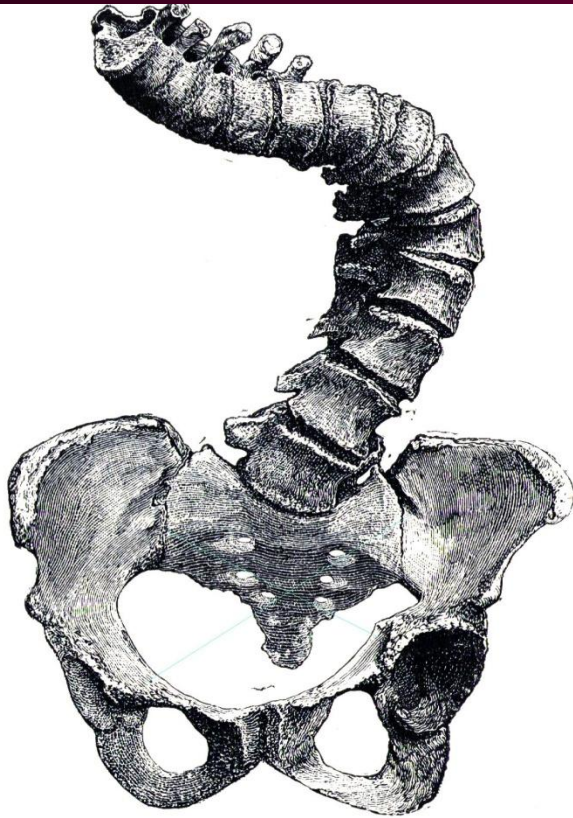
- ДЛИТЕЛЬНОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ НА УРОВНЕ ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ СТРЕЛОВИДНЫМ ШВОМ В ПРЯМОМ РАЗМЕРЕ
- ПРОХОЖДЕНИЕ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА БЕЗ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ПОВОРОТА
- ОБРАЗОВАНИЕ ДВОЙНОЙ ТОЧКИ ФИКСАЦИИ НА УРОВНЕ ПЛОСКОСТИ ВЫХОДА
- ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРОМЕЖНОСТИ
- ВЫРАЖЕННАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ МАТЕРИ И ПЛОДА



РЕДКИЕ ФОРМЫ

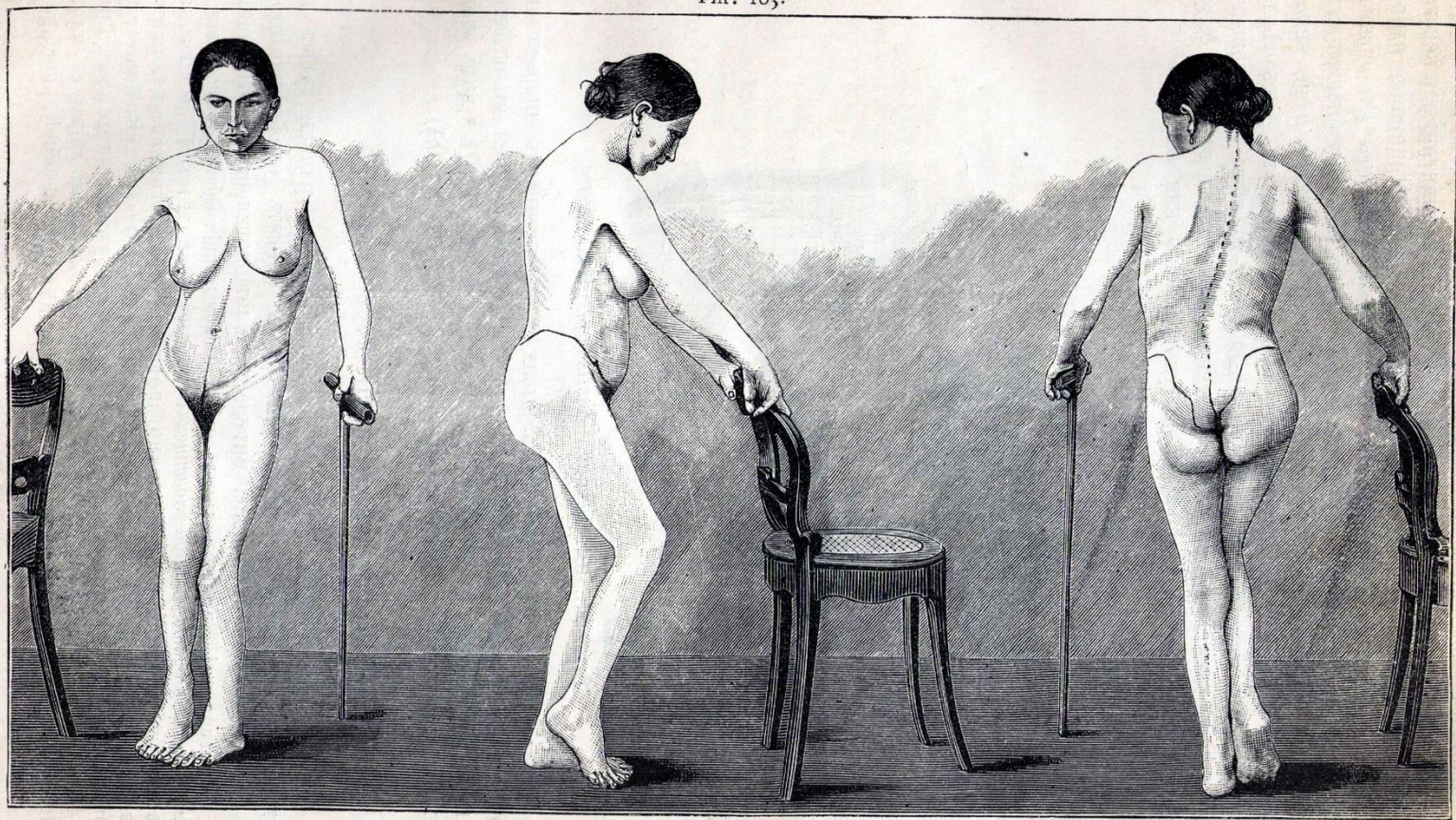
- КОСЫЕ ТАЗЫ
- ОСТЕОМАЛЯТИЧЕКИЙ ТАЗ
- РАСЩЕПЛЕННЫЙ
- СУЖЕННЫЙ ОПУХОЛЯМИ ИЛИ ЭКЗОСТОЗАМИ
- ВОРОНКООБРАЗНЫЙ
- СПОНДИЛОЛИСТЕТИЧЕСКИЙ

КОСЫЕ ТАЗЫ

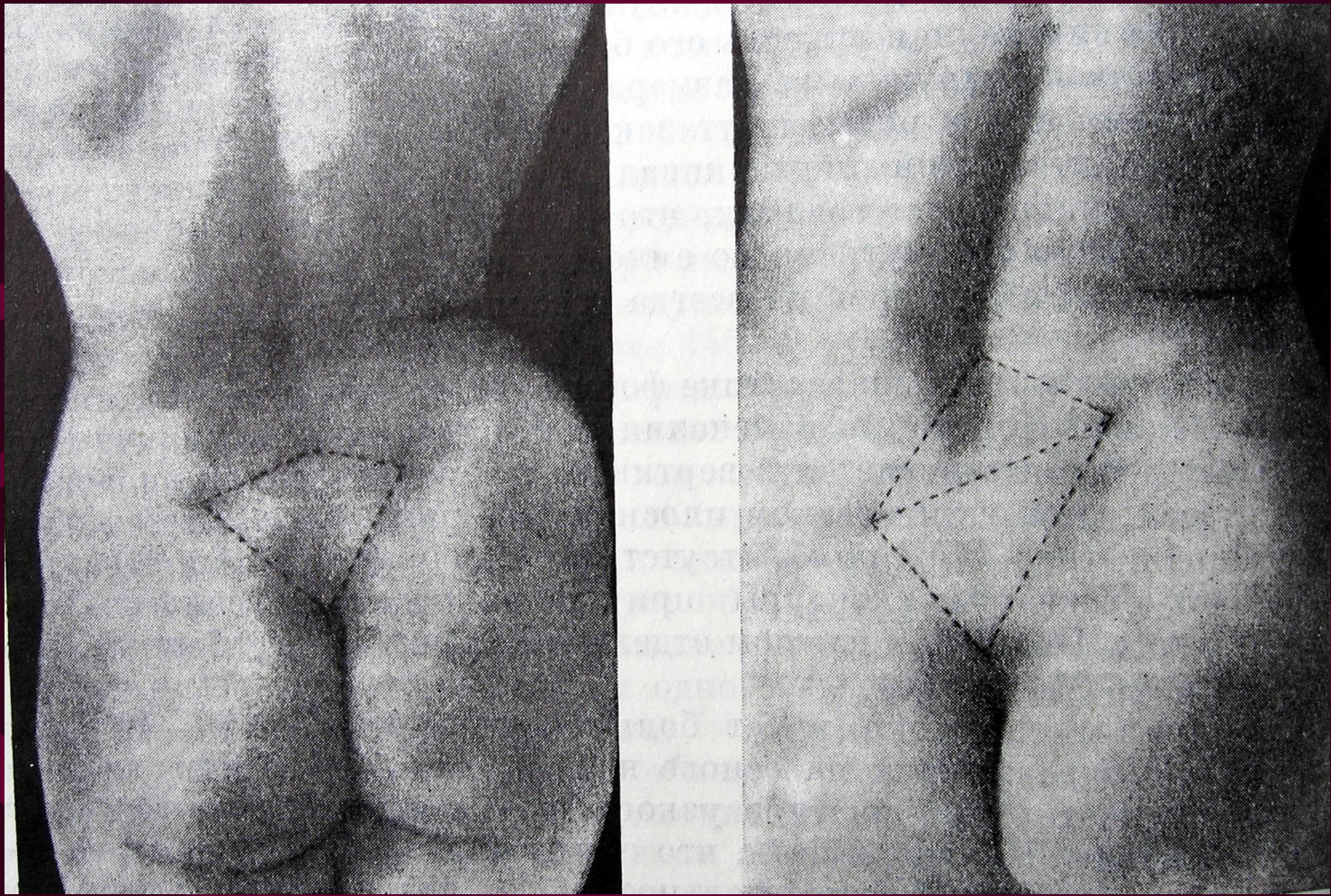


Фиг. 102 представляет косо-овальный таз, вследствие врожденного вывиха левого бедра. Наружная конъюгата 5'9", К—3''7'''', поперечный 5'', правый косой 5'', левый косой 4''. Вход сужен, а выход расширен по левому косому диаметру.

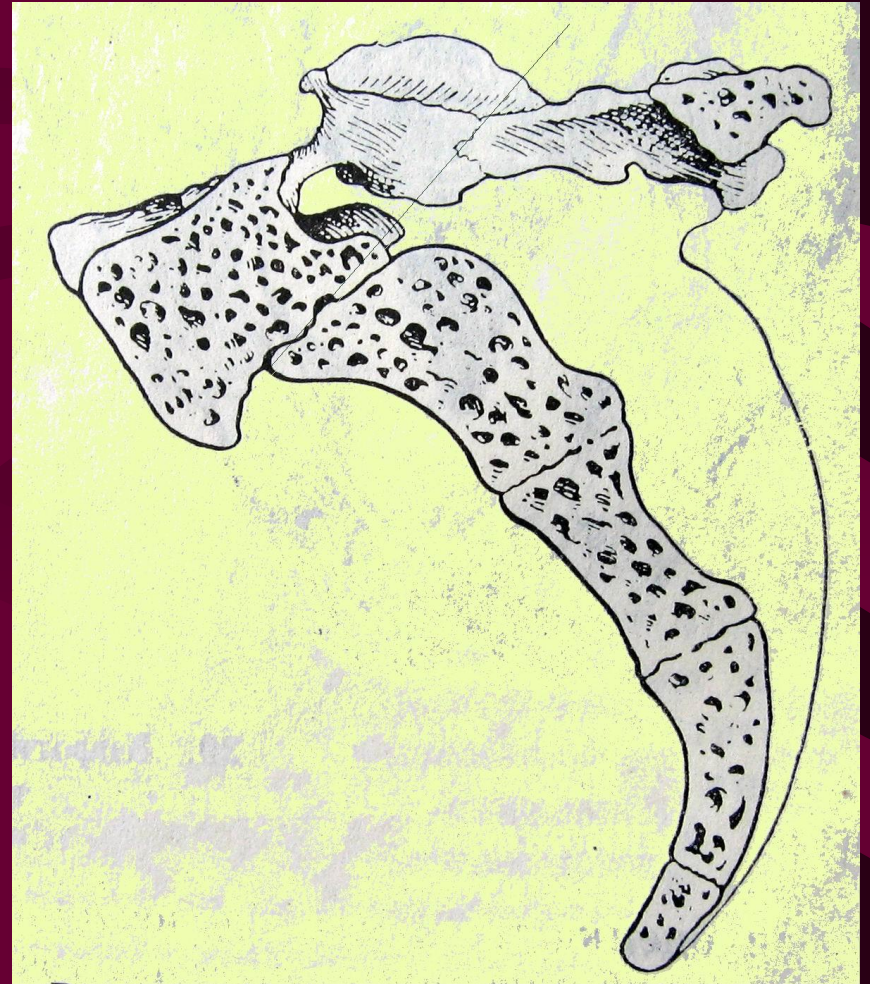
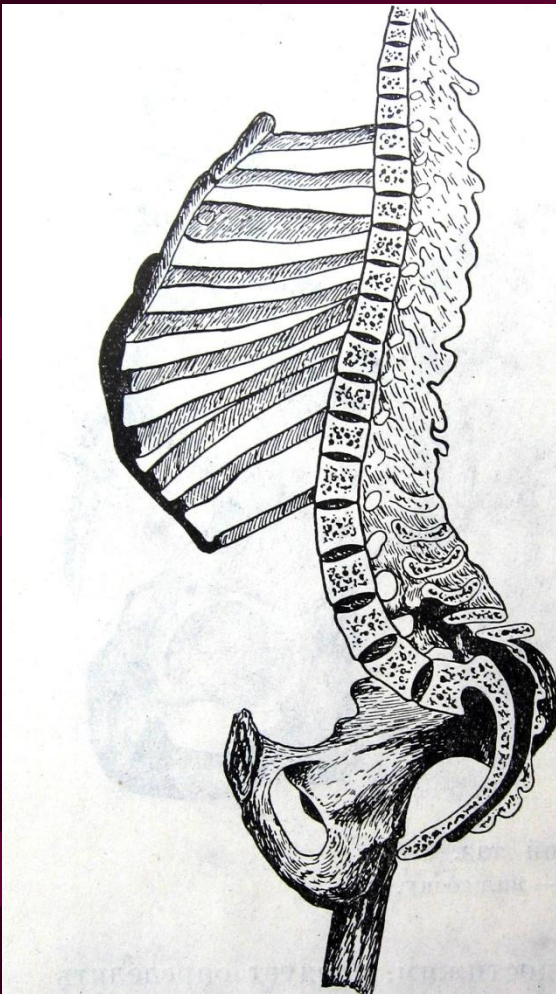
Фиг. 103.



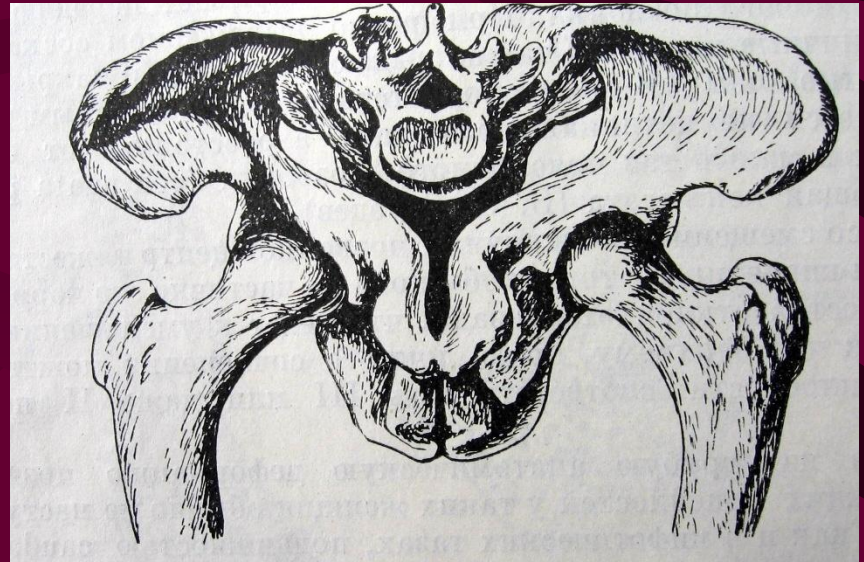
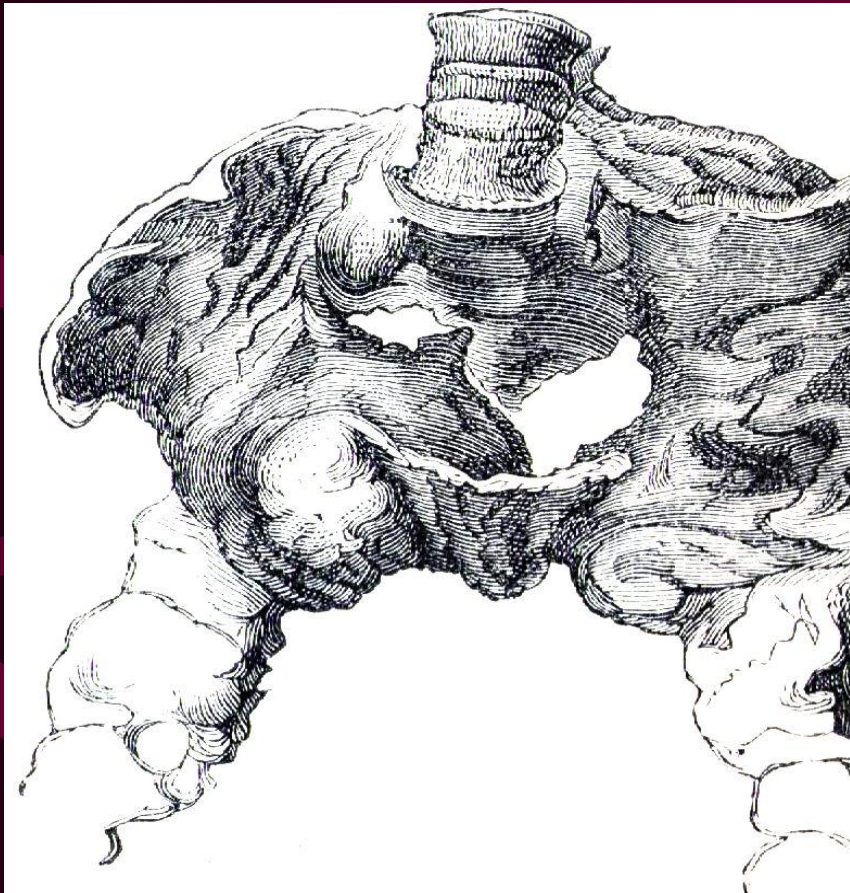
Фиг. 103. 30-ти-лѣтняя перворождающая (въ трехъ видахъ) съ косымъ и косо-поставленнымъ тазомъ, обусловленнымъ врожденнымъ парезомъ и недостаточнымъ развитіемъ правой половины туловища, а также вывихомъ бедра кверху и кпереди. Предлежащая головка вставилась въ суженную половину таза. Щипцами извлеченъ живой младенецъ (*Winckel*).



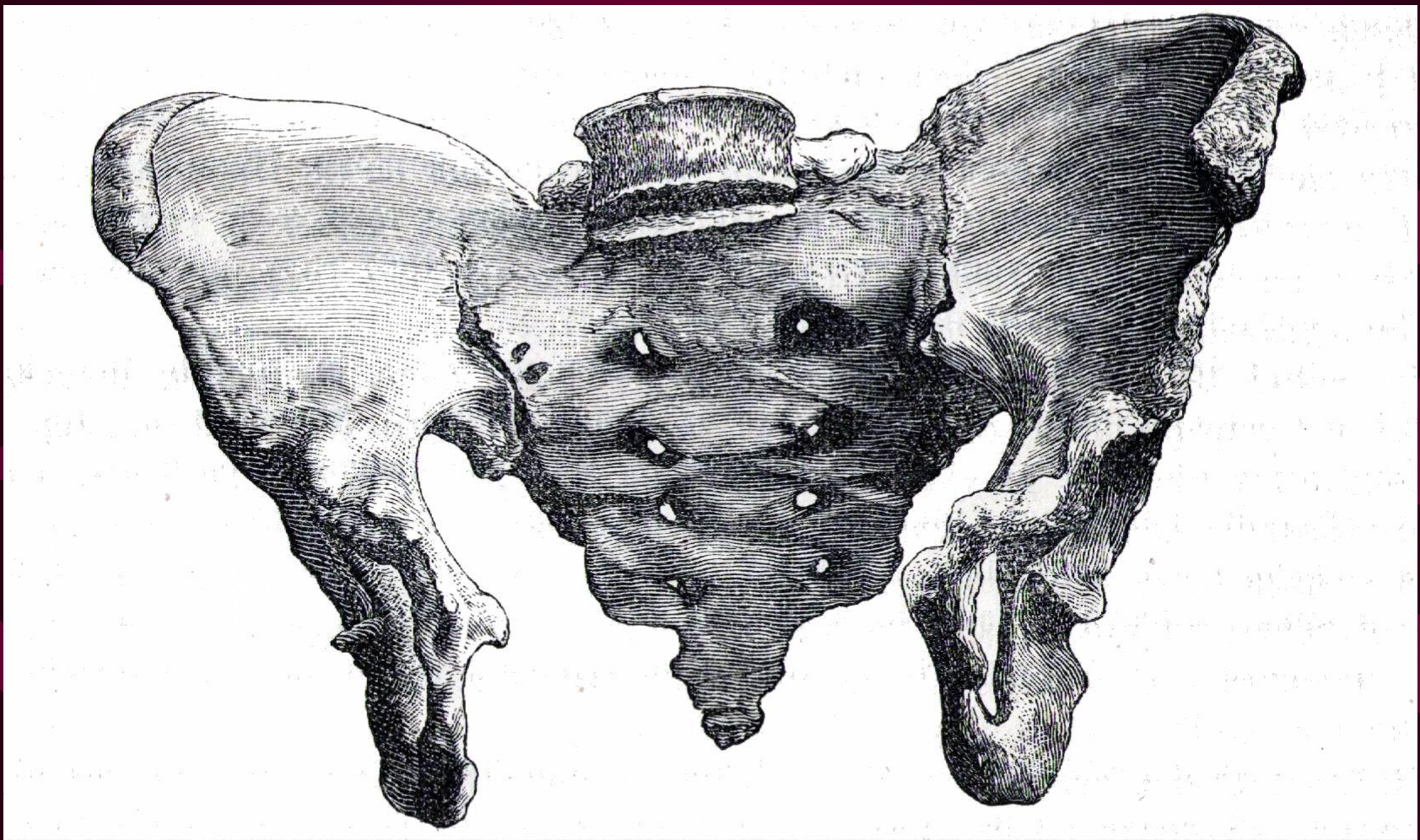
СПОНДИЛОЛИСТЕТИЧЕСКИЙ ТАЗ



ОСТЕОМАЛЯЦИОННЫЙ



РАСЩЕПЛЕННЫЙ ТАЗ





ВЕДЕНИЕ РОДОВ при узких тазах

- зависит от степени сужения таза, размеров плода и их клинического соответствия.
- При I степени сужения таза и средних размерах плода возможны самопроизвольные неосложнённые роды.
- При II степени сужения таза большая продолжительность родов создаёт угрозу здоровью женщины и повышает риск перинатальной смерти плода.
- При 3 и 4 степени сужения роды живым доношенным плодом невозможны.



ВЕДЕНИЕ РОДОВ при узких тазах

- Тактику ведения родов при узком тазе определяют индивидуально с учётом всех данных объективного обследования и прогноза для роженицы и плода.
- В настоящее время общепризнана активно выжидательная тактика ведения родов. Осуществляют особый контроль родовой деятельности.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ при узких тазах

- Во избежание раннего излития ОВ роженице не рекомендуют вставать.
- В процессе родов неоднократно проводят профилактику гипоксии плода.
- При выявлении в I или II периоде признаков несоответствия головки плода и таза матери необходимо закончить роды операцией КС.

При самопроизвольных родах необходимо:

- ✓ мониторинг состояния плода
- ✓ ведение партограммы
- ✓ профилактика гипоксии плода
- ✓ функциональная оценка таза
- ✓ профилактика кровотечения
- ✓ рассечение промежности
- ✓ готовность к реанимации новорождённого

Плановое КС производят по следующим показаниям:

сочетание I степени сужения таза с акушерской патологией:

- переносенный
- крупный плод
- тазовое предлежание
- тяжёлая преэклампсия
- хроническая гипоксия плода
- возрастная первородящая (старше 35 лет)
- рубец на матке
- мертворождение в анамнезе, беременность после ЭКО.

Роды заканчивают экстренной операцией КС

при осложнённом течении родов:

- несвоевременное излитие ОВ,
- аномалии родовой деятельности,
- клиническое несоответствие размеров головки плода и таза матери,
- острая гипоксия плода.

АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ 2 СТЕПЕНИ -

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ



Наиболее частые осложнения в родах при анатомически узком тазе:

- преждевременное и раннее излитие ОВ
- выпадение мелких частей плода и пуповины
- аномалии родовой деятельности
- клиническое несоответствие размеров головки плода и таза матери (клинически узкий таз)
- хориоамнионит в родах
- ПОНРП

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНЫХ РОДОВ

- Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде
- Высокий процент гнойно-септических заболеваний
- Мочеполовые и кишечно-половые свищи, повреждения сочленений таза
- У новорожденного- кефалогематомы, травмы ЦНС, высокая ранняя детская смертность и заболеваемость

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

- Это несоответствие размеров головки плода и таза роженицы, которое устанавливают только в родах по совокупности признаков, позволяющих выявить степень диспропорции таза и головки плода.

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

- диагностируют в 1,3–1,7% всех родов.
- частота клинически узкого таза остается стабильной и в структуре показаний к операции кесарево сечение составляет 9,4—49%.
- увеличением частоты беременностей крупным и гигантским плодом (17,5%).
- У рожениц с анатомически узким тазом частота клинического несоответствия достигает 30%.

**ДИАГНОСТИКА
КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО
ТАЗА**

Причины клинически узкого

таза:

- Анатомический узкий таз
- Крупный плод
- Асинклитические вставления головки плода (заднетеменное, высокое прямое стояние стреловидного шва)
- Разгибательные головные вставления (лобное, передний вид лицевого вставления)
- Отсутствие конфигурации головки плода при переносенной беременности

Условия для постановки диагноза клинически узкий таз:

- В родах
- Полное или почти полное раскрытие шейки матки
- Отсутствие плодного пузыря
- Головное предлежание
- Нормальная родовая деятельность матки
- Клинические признаки несоответствия

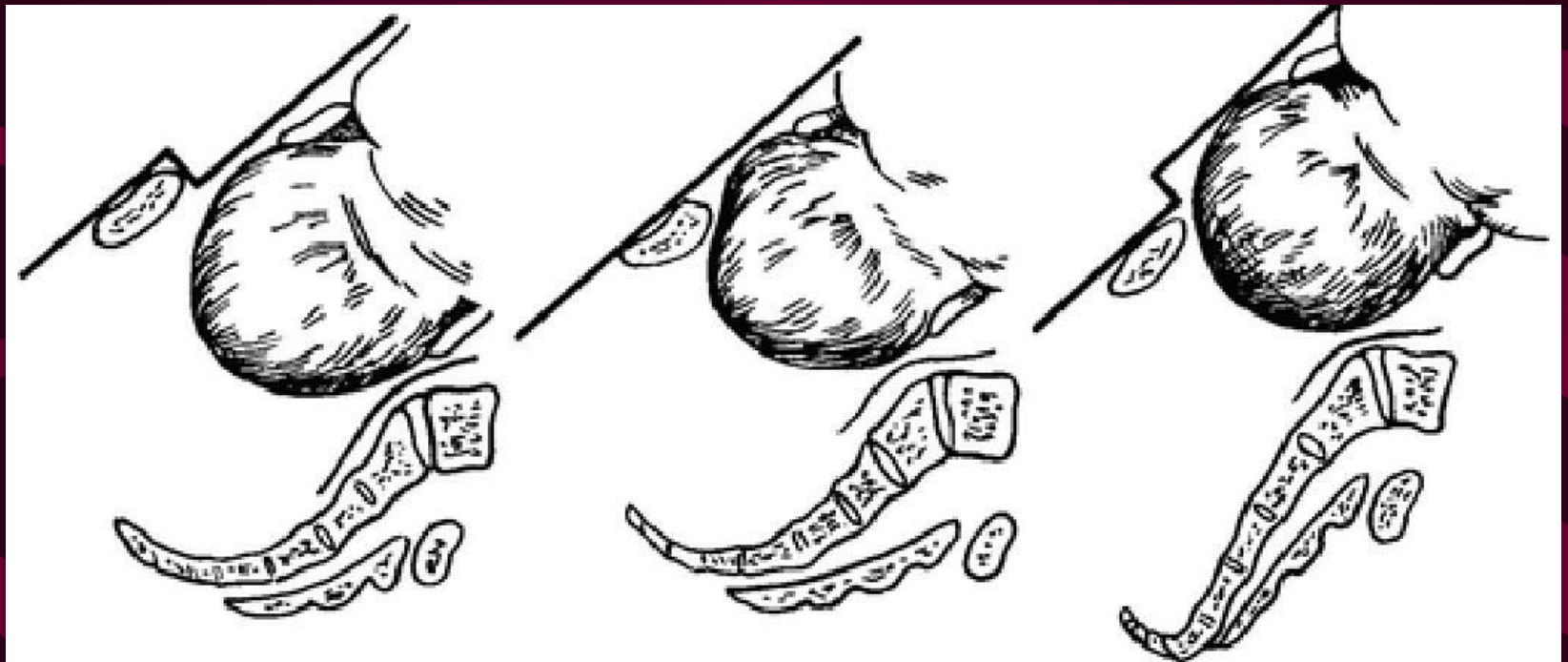
Признак Вастена

- определяют при наличии регулярной родовой деятельности, после излития вод и фиксации головки во входе в таз
- Для исследования ладонь располагают на поверхности симфиза и передвигают вверх, на область предлежащей головки.

Признак Вастена

- Если передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза, диагностируют несоответствие между тазом и головкой - **признак Вастена положительный**
- Если на одном уровне — **признак Вастена вровень**
- Если передняя поверхность головки ниже плоскости симфиза, то **признак Вастена отрицательный;**

Признак Вастена



Признак Цангемейстера

тазомером измеряют *S. externa*, затем переднюю брюшную браншу тазомера перемещают на наиболее выступающую часть головки плода (вторую браншу тазомера не переставляют)

Симптом Цантгейстера - определение наружной конъюгаты, затем одна пуговка тазомера переставляется на головку плода, если головка нависает, то второе измерение больше чем наружная конъюгата. Если головка в полости малого таза, то второе измерение меньше первого. При симптоме вровень - первый и второй замер равны.



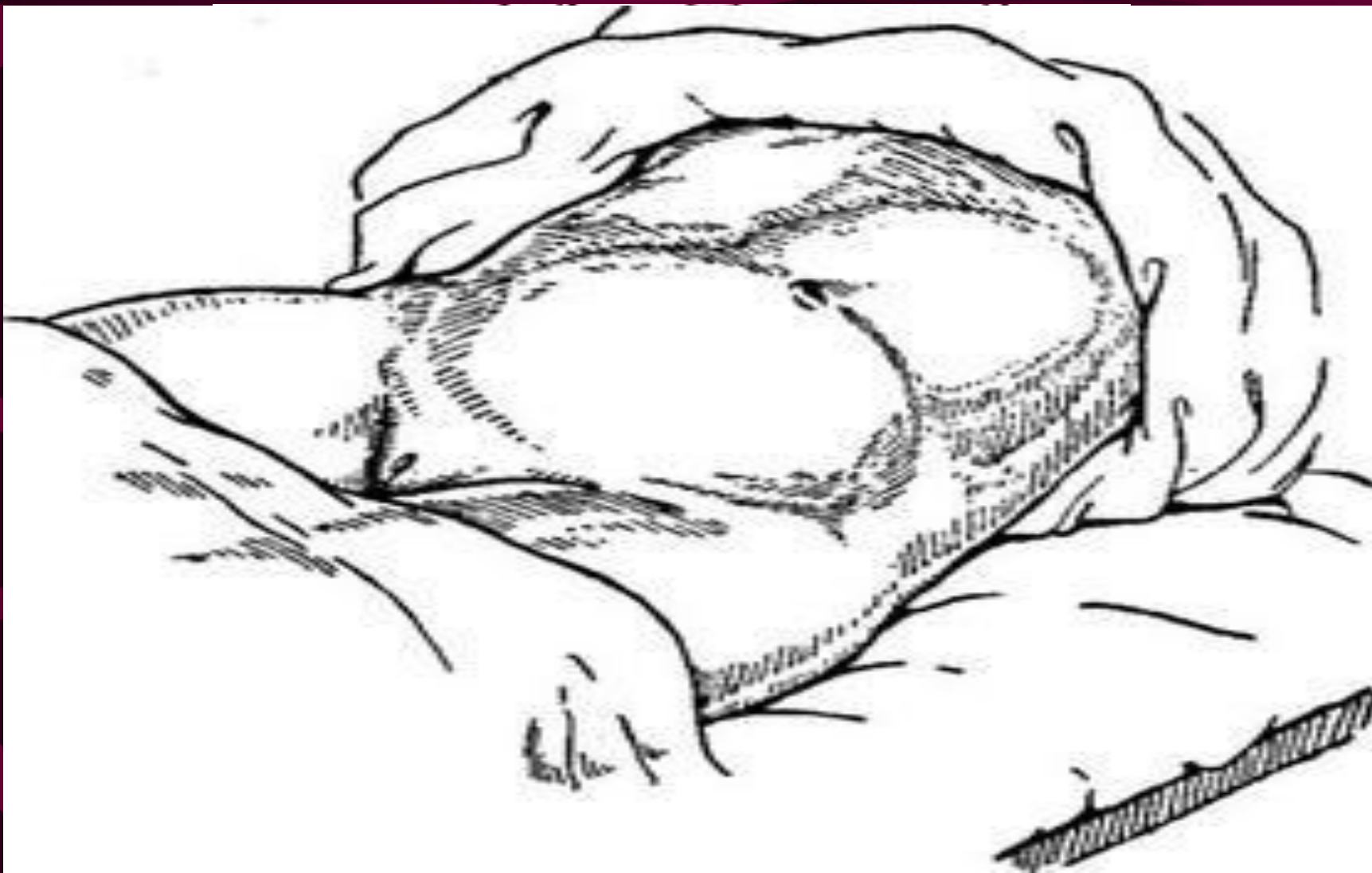
Признак Дангемейстера

- Если полученный размер меньше величины *S. externa*, то признак Дангемейстера считают **отрицательным**;
- если больше — признак Дангемейстера **положительный** (несоответствие размеров головки плода и таза матери).
- Если полученные размеры равны, это указывает на относительное несоответствие головки плода и таза матери.

**Наличие положительных симптомов
Вастена и Цангемейстера —
абсолютный признак
клинически (функционально)
узкого таза**

Симптомы клинически узкого таза

- Длительное стояние головки над входом в таз, несмотря на хорошую родовую деятельность и отсутствие продвижения во втором периоде родов;
- Выраженная конфигурация головки плода и большая родовая опухоль;
- Перерастяжение нижнего сегмента матки, болезненность его при пальпации, высокое стояние контракционного кольца.



Матка в форме «песочных часов»

Симптомы клинически узкого таза

- Положительный симптом Вастена и Цангемейстера
- Нарушение мочеиспускания вследствие прижатия мочеиспускательного канала головкой плода
- Отёчность шейки матки, влагалища и наружных половых органов

Классификация клинически узкого таза по Р.И.Калгановой (1978)

**В зависимости от степени
несоответствия между тазом
роженицы и головкой
плода предусматривает три
степени несоответствия.**

Классификация клинически узкого таза

I степень несоответствия:

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

Эти моменты при наличии энергичной родовой деятельности способствуют благоприятному исходу родов. Длительность родового акта несколько больше обычной.

Классификация клинически узкого таза

II степень несоответствия (значительное несоответствие) :

- особенности вставления головки и механизма родов, свойственные данной форме сужения таза;
- резко выраженная конфигурация головки;
- длительное стояние головки в одной плоскости таза;
- симптомы прижатия мочевого пузыря (затруднённое мочеиспускание);
- признак Вастена вровень.

III степень несоответствия (резкое или абсолютное несоответствие):

- часто механизм вставления головки не соответствует форме анатомически узкого таза;
- выраженная конфигурация головки или отсутствие способности головки к конфигурации;
- положительный признак Вастена;
- выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря, роженица не может самостоятельно мочиться, примесь крови в моче;
- преждевременное появление непроизвольных безрезультатных потуг;
- отсутствие поступательного движения головки при полном открытии шейки матки

**При второй и третьей
степени клинического
несоответствия показано
родоразрешение
абдоминальным путем —
кесарево сечение!**

