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
  C.diagonalis
  опознавательные точки на
  головке для определения
  вставления

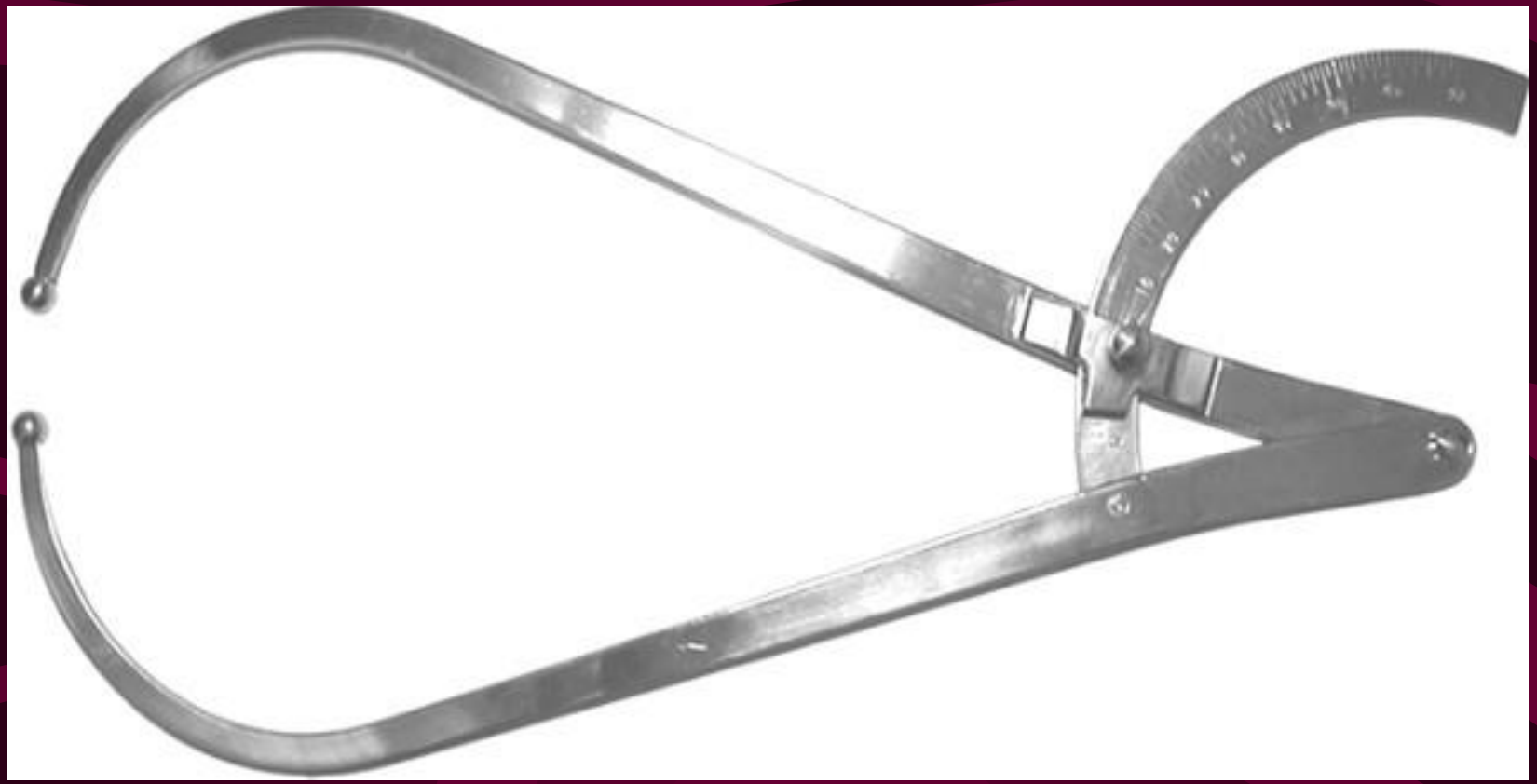
- 1753 г. Редерер - механизм при общеравномерносуженном тазе
- 1775 г. Штейн - тазомер в виде палочки для измерения C.diagonalis остеомалятический таз
- 1810 г. Боделок - C.externa тазомер – циркуль в 1788 г.

- 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

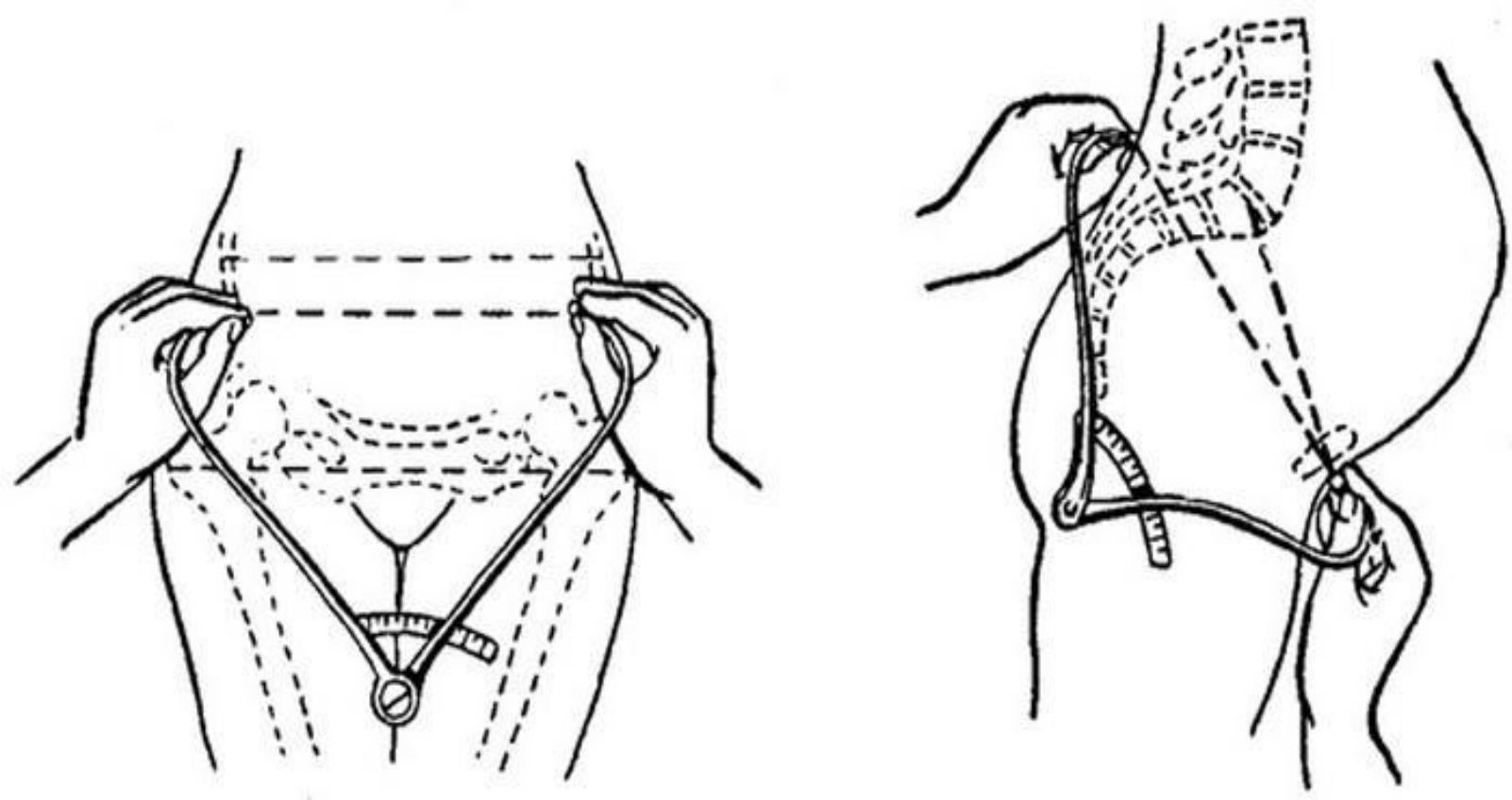
Значимость проблемы узкого таза обусловлена процессом акселерации, возрастанием величины массоростового показателя среди населения, увеличением частоты смешанных форм узкого.

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.

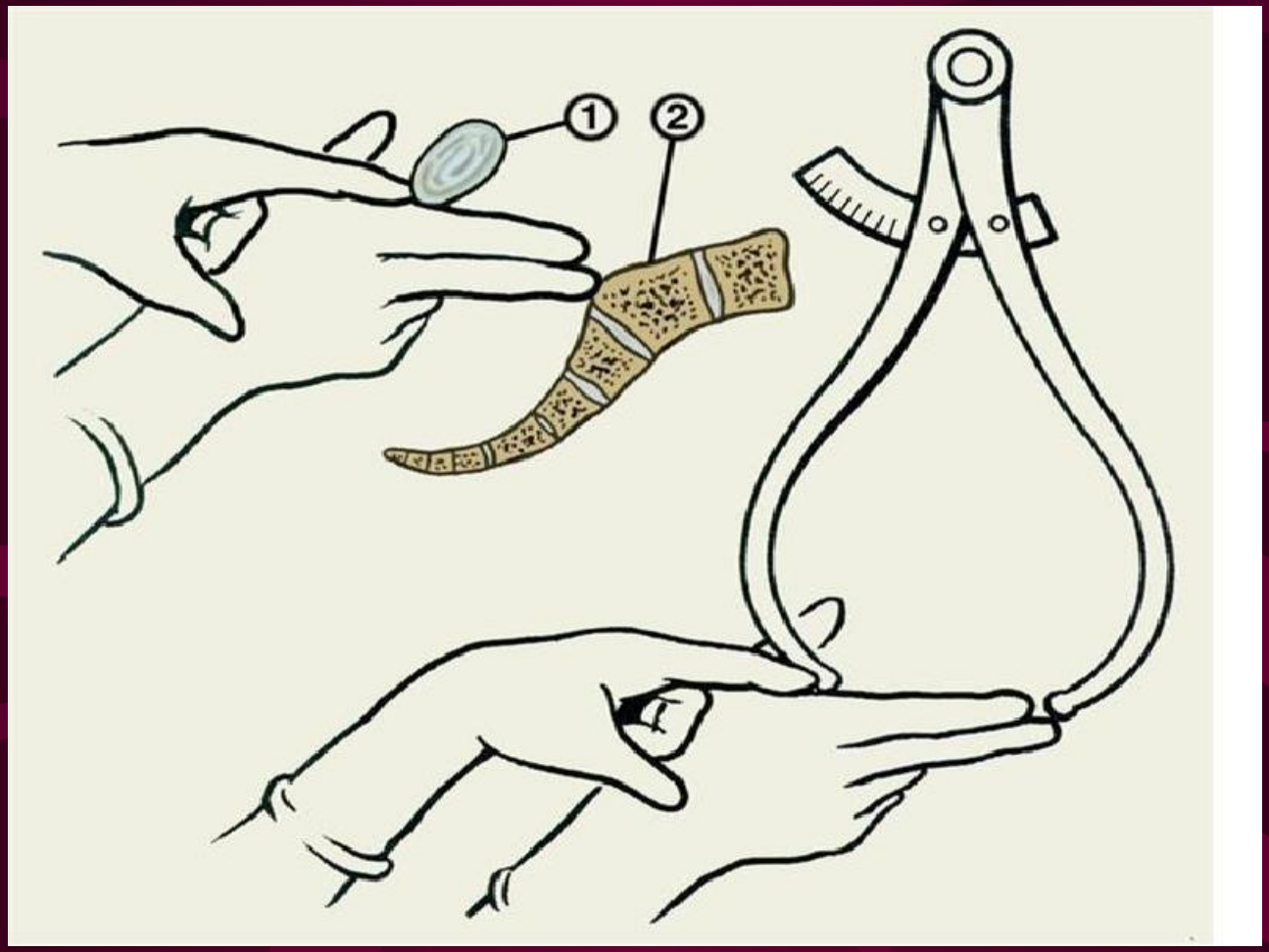
Частота анатомически узкого таза составляет от 1,04 до 7,7 %.



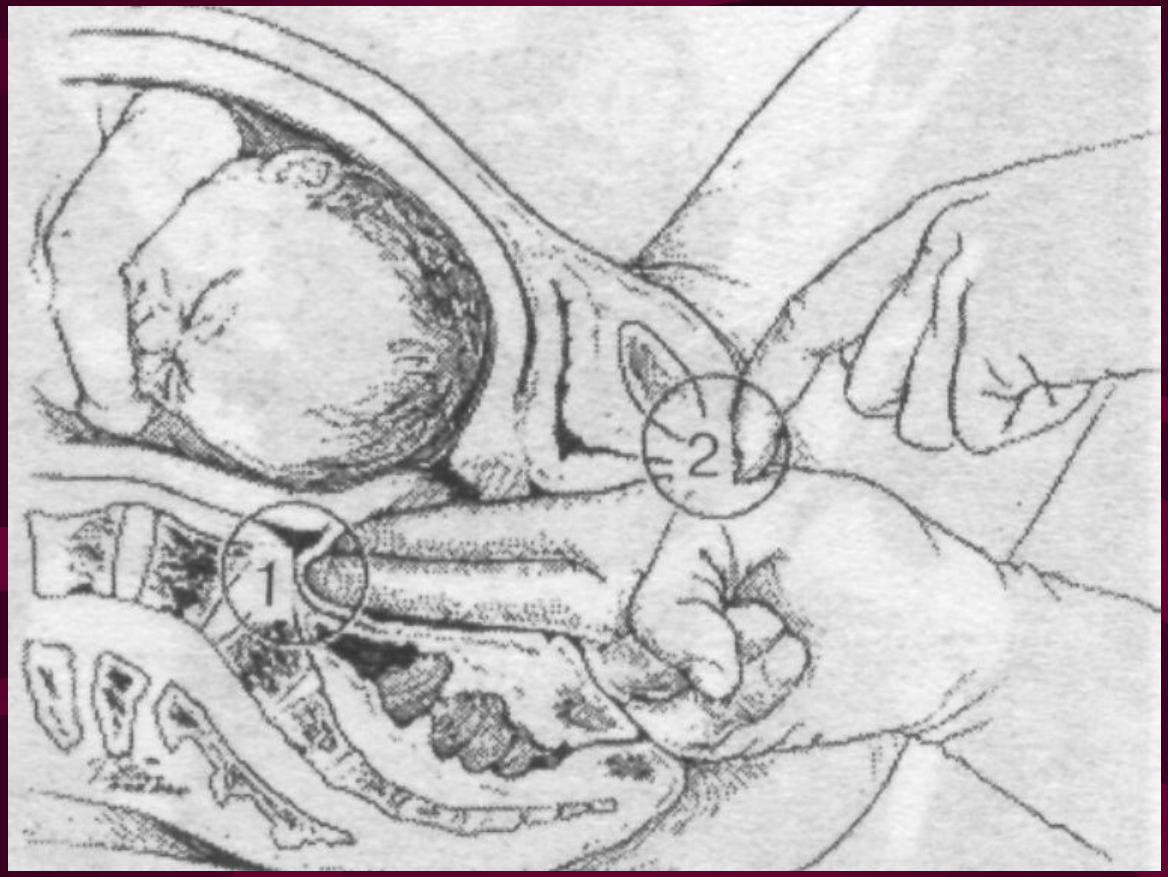
Акушерский тазомер



Измерение наружных размеров таза



Измерение диагональной конъюгаты

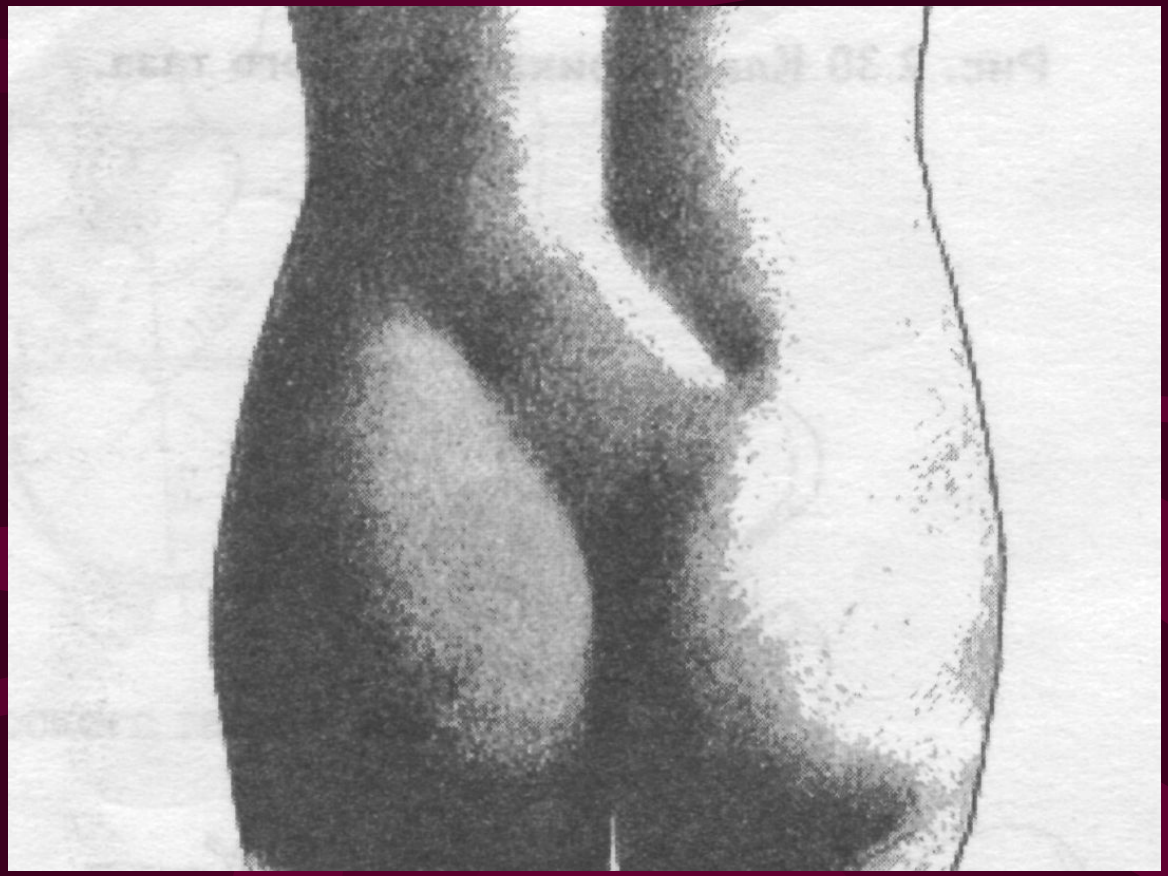


Измерение диагональной конъюгаты

Крестцовый ромб Михаэлиса

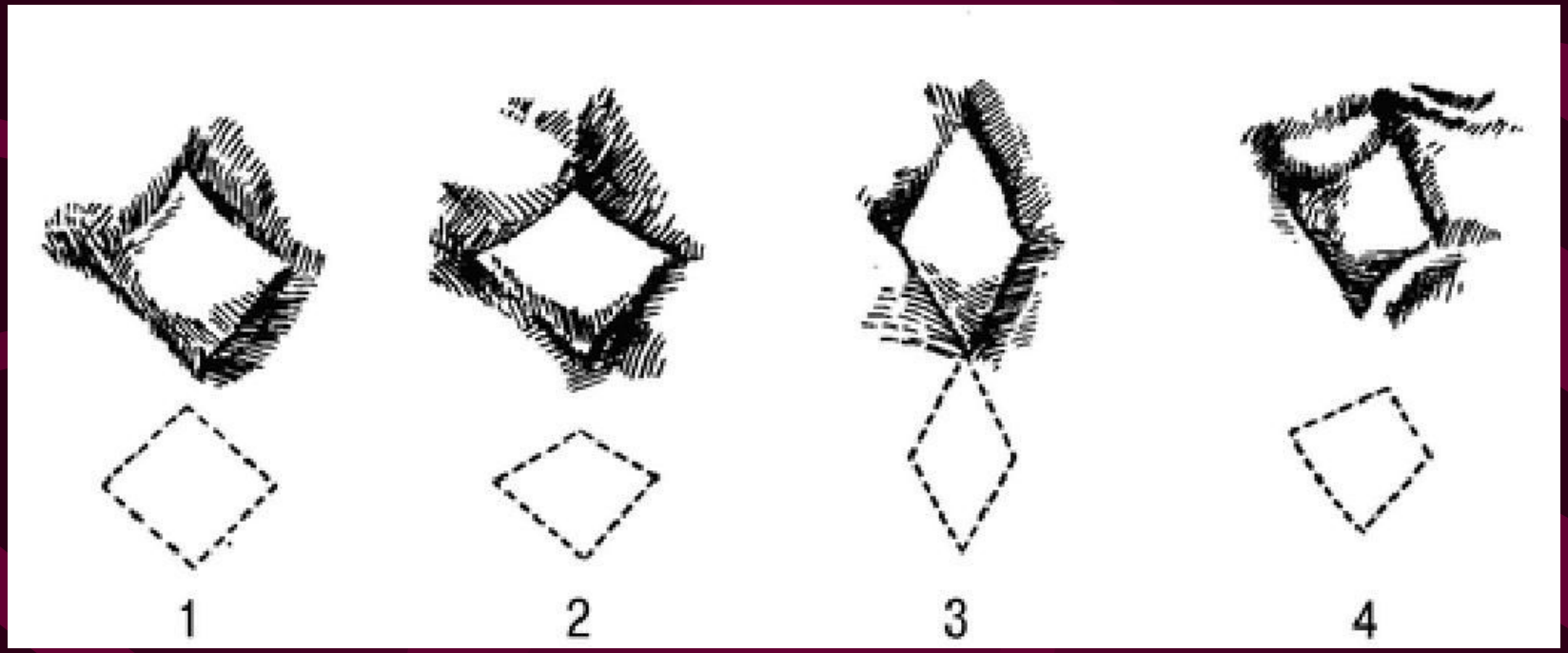
образован следующими образованиями:

- 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.



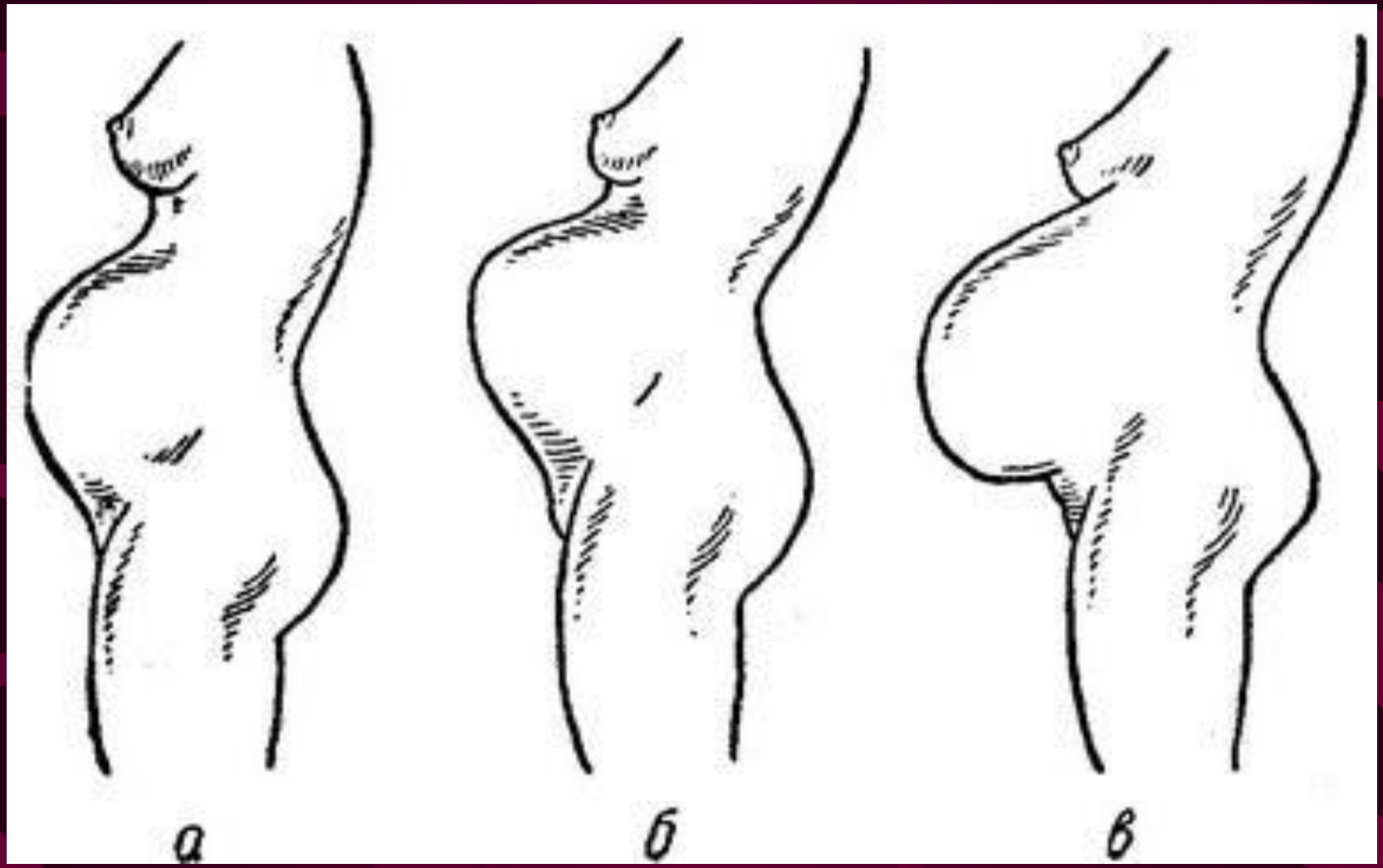
Крестцовый ромб Михаэлиса

1 — нормальный таз;
2 — плоскорахитический таз;
3 — общеравномерносуженный таз;
4 — кососуженный таз.



Д И А Г Н О С Т И К А

- А Н А М Н Е З
- 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,
- - плоскорахитический
- 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%
  - плоскорахитический - 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 коньюгаты):

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

Сужения таза III и IV степени н 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.

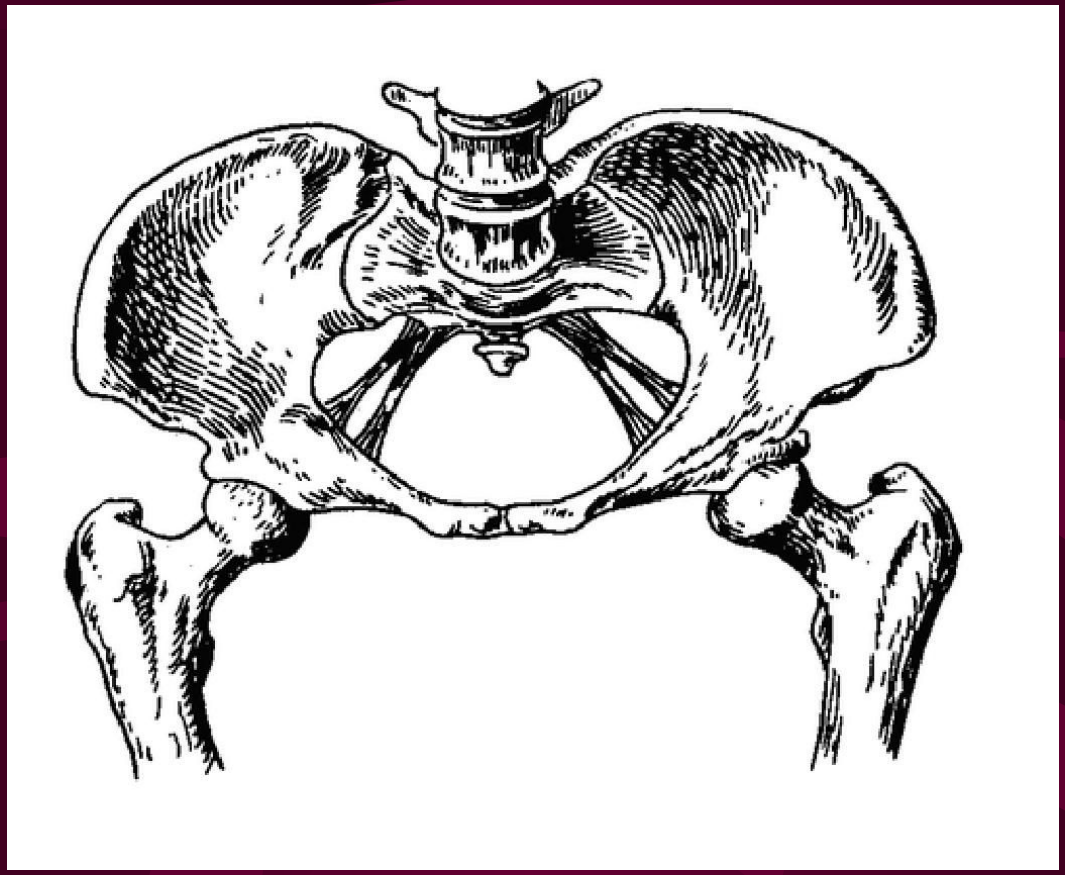
ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ

- **Пропорционально уменьшены все размеры:**

  23-25-27-17 c.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.

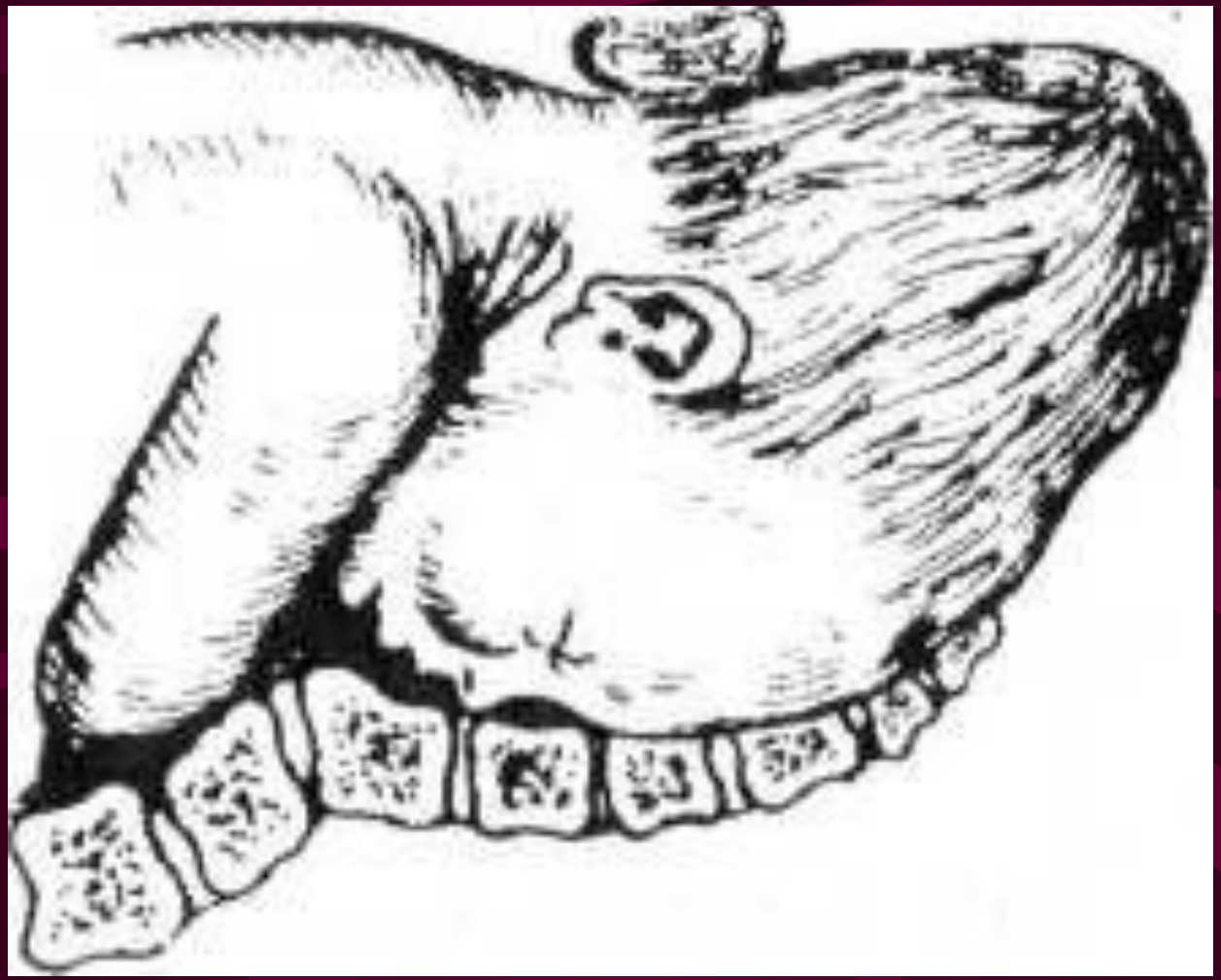
ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ:

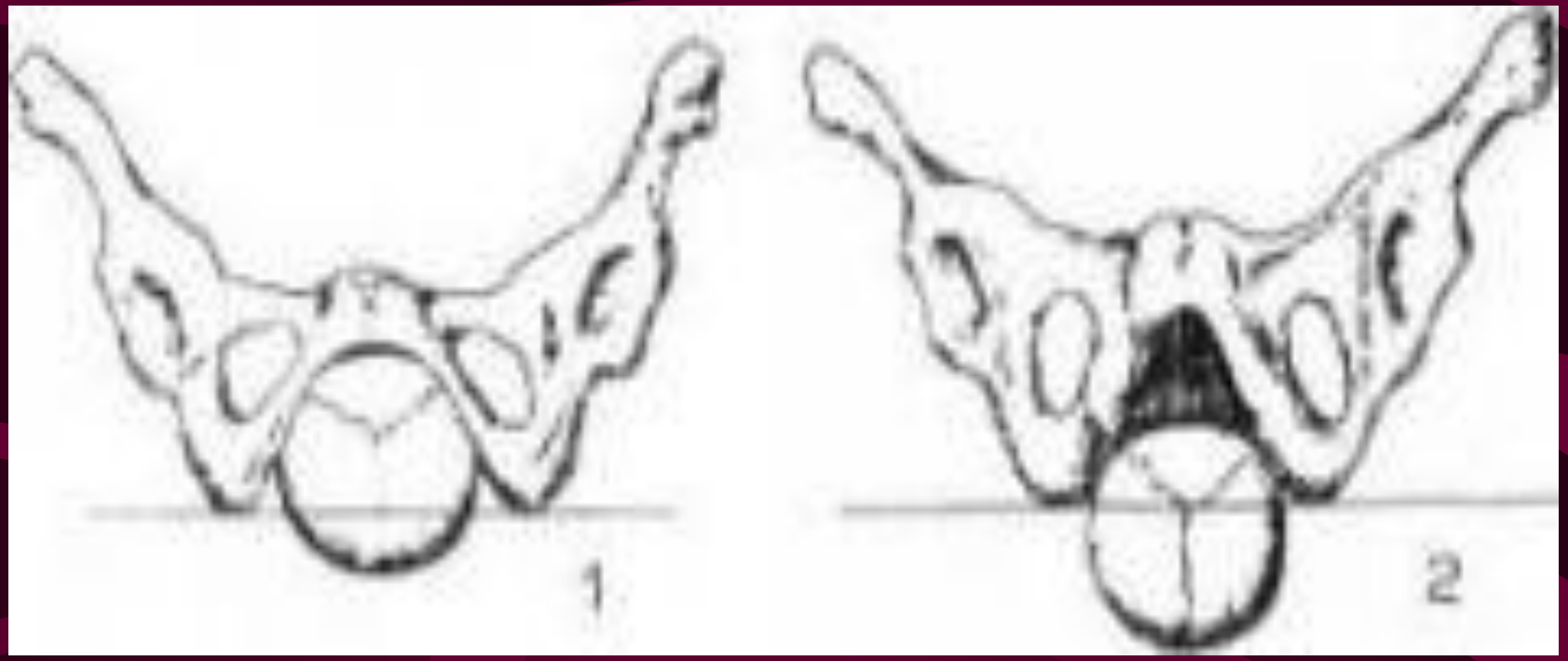
- Сгибание головки во входе в таз, так что плод опускается в полость малого таза размером головки меньше, чем малый косой.

  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, вследствии чего – перерастяжение и травмы промежности

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

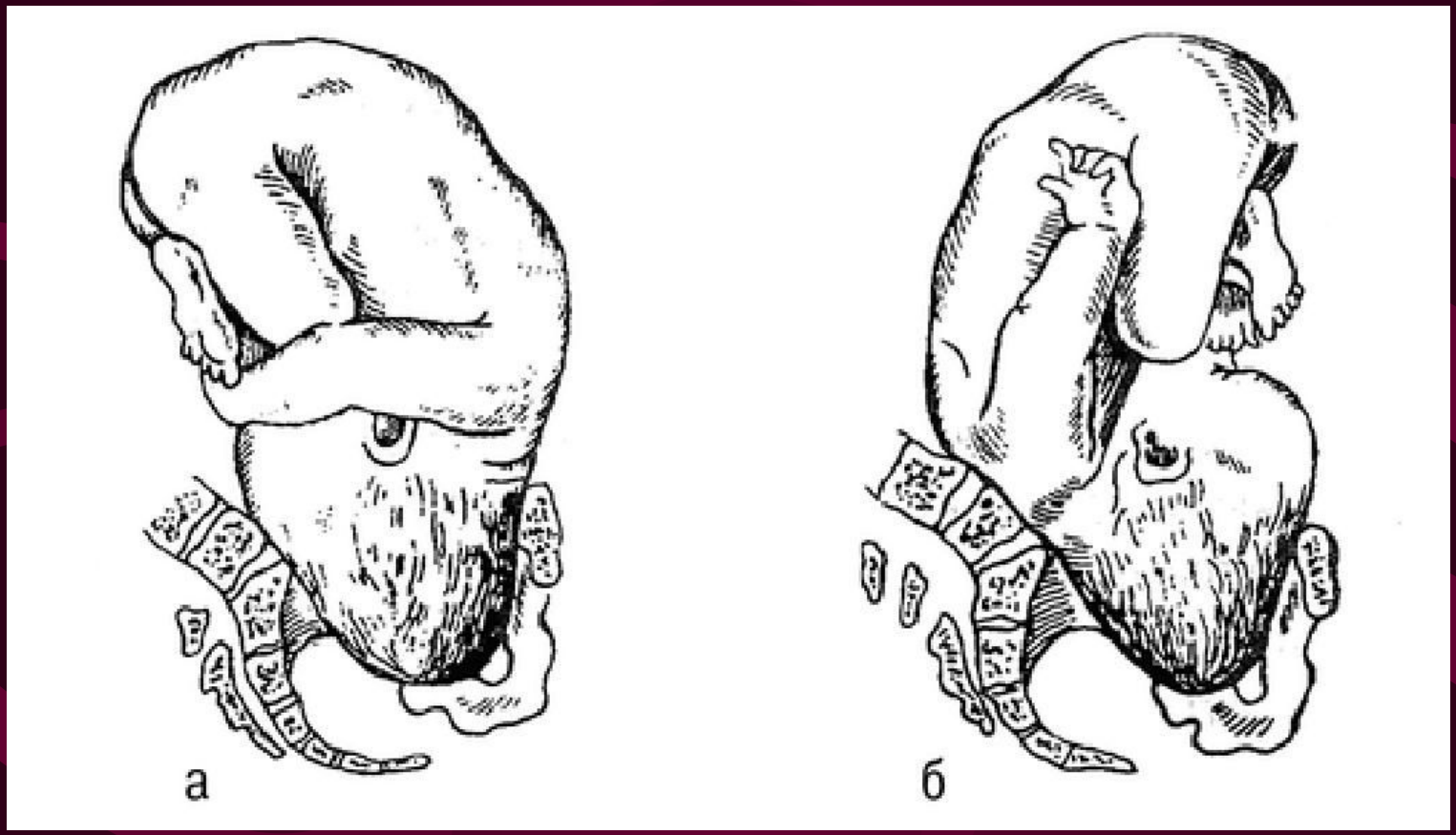
- Слабость родовой деятельности
- Подвижность головки над входом
- Несвоевременное отхождение вод
- Выпадение мелких частей и пуповины
- Длительное изгнание
- Сдавление мягких тканей вплоть до некроза
- Перерастяжение нижнего сегмента
- Родовой травматизм





Отсутствие полноценной точки

Высокое прямое стояние головки



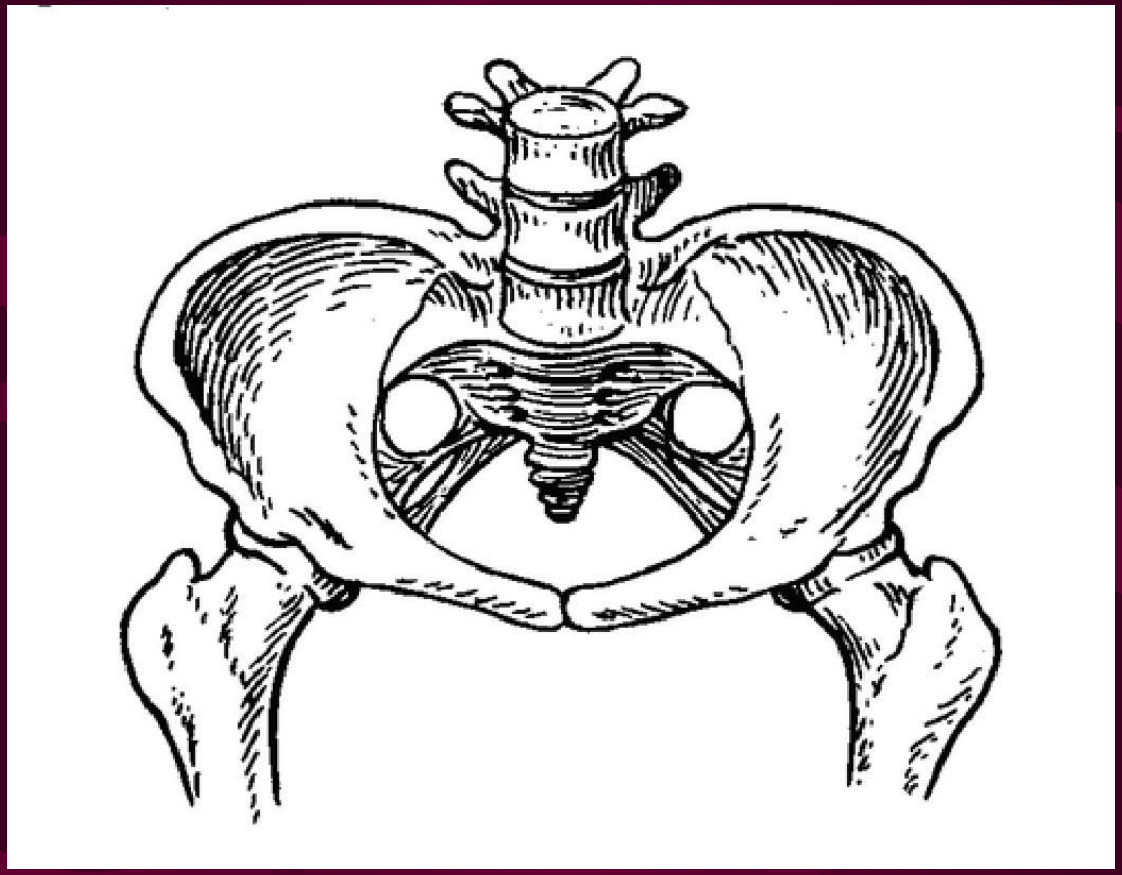
ПЛОСКИЙ ТАЗ

- 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.

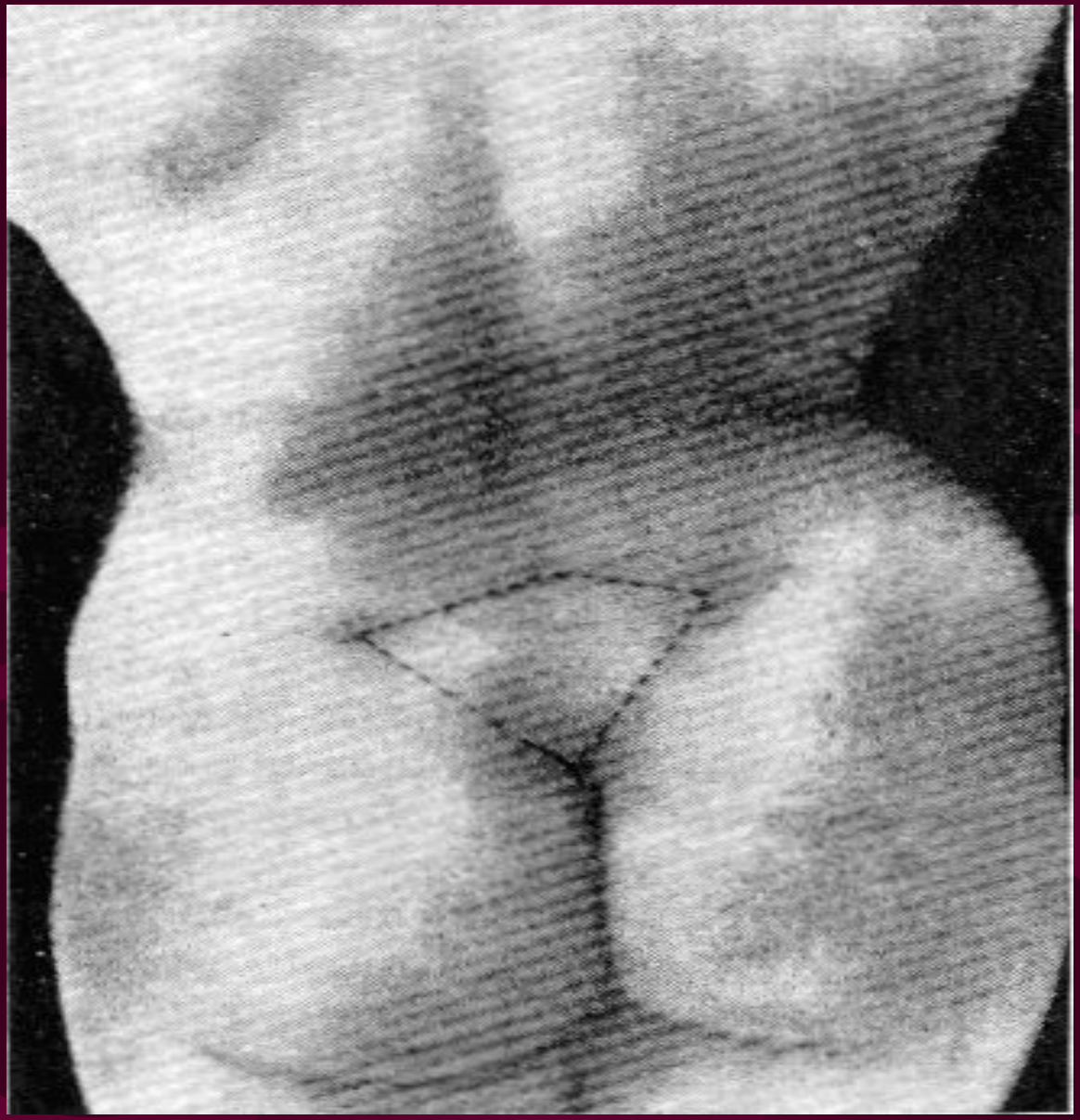
Плоскорахитический таз

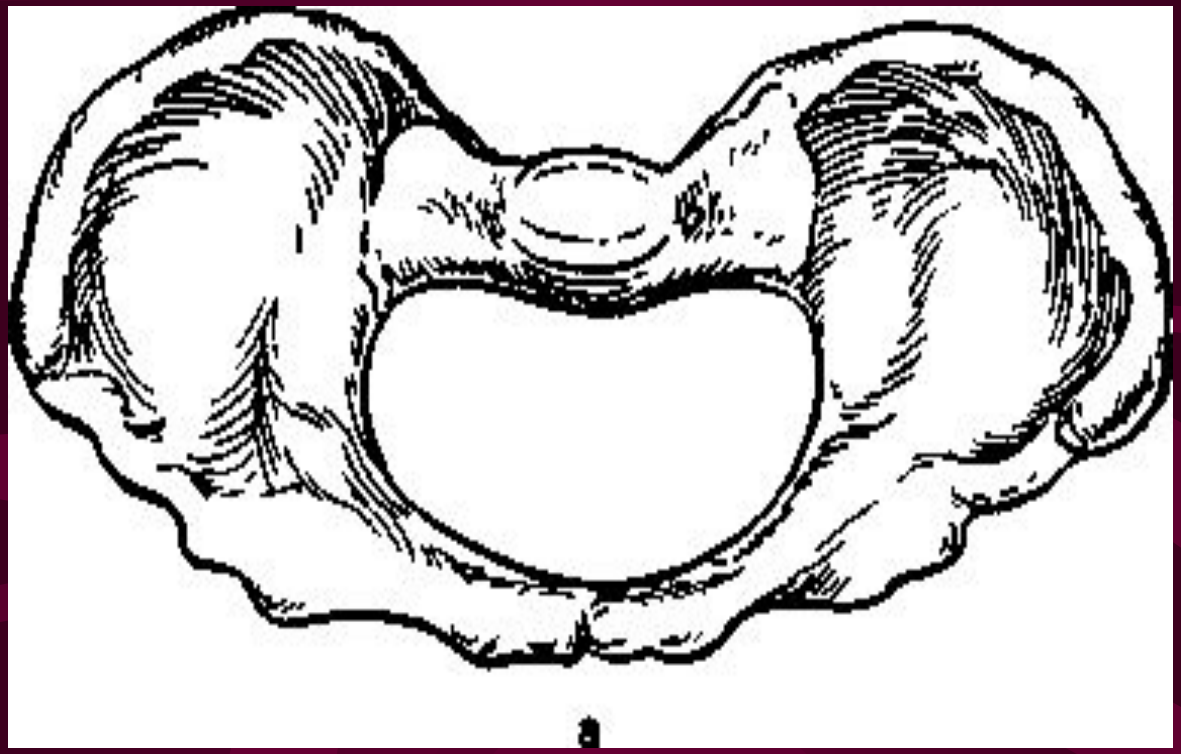
Причина формирования - заболевание детей рахитом:

- 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 коньюгата) 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.





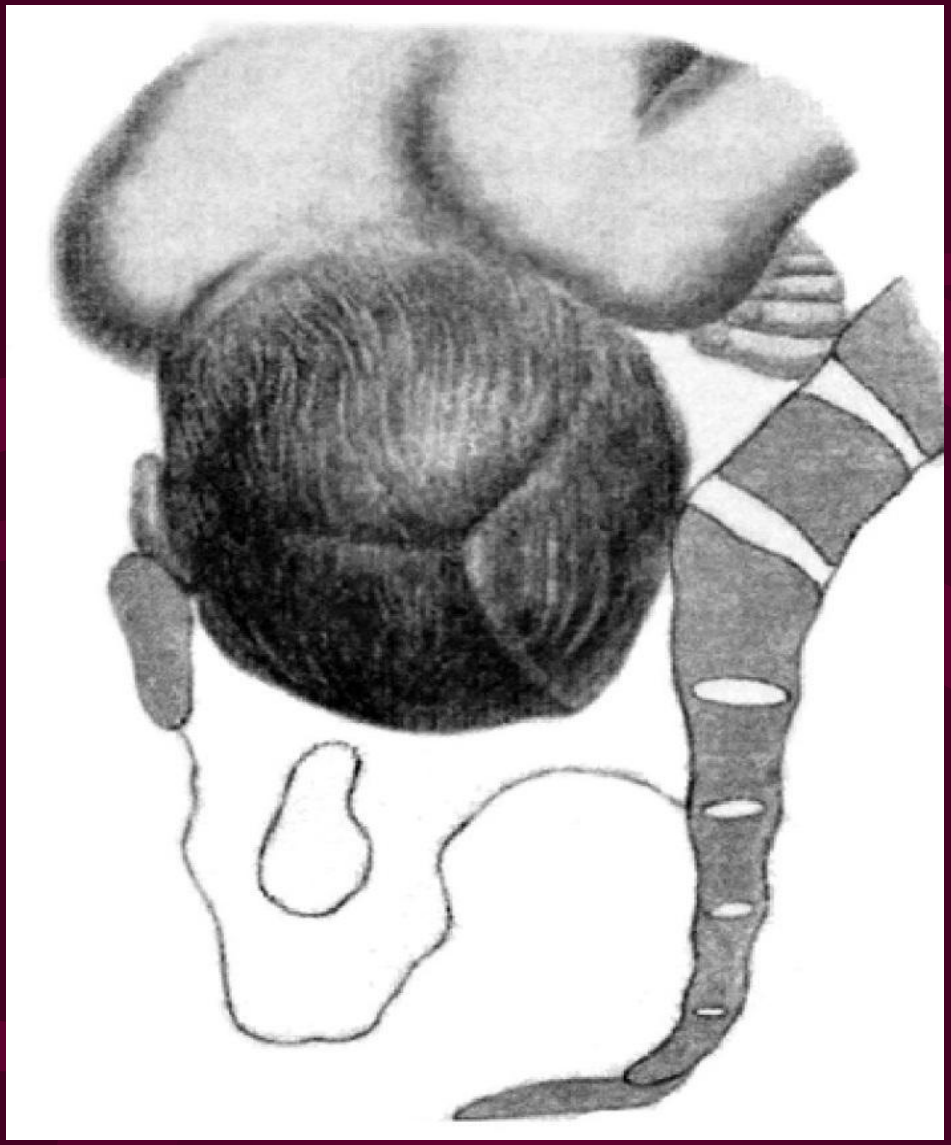
Плоскорахитический таз

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКОМ ТАЗЕ:

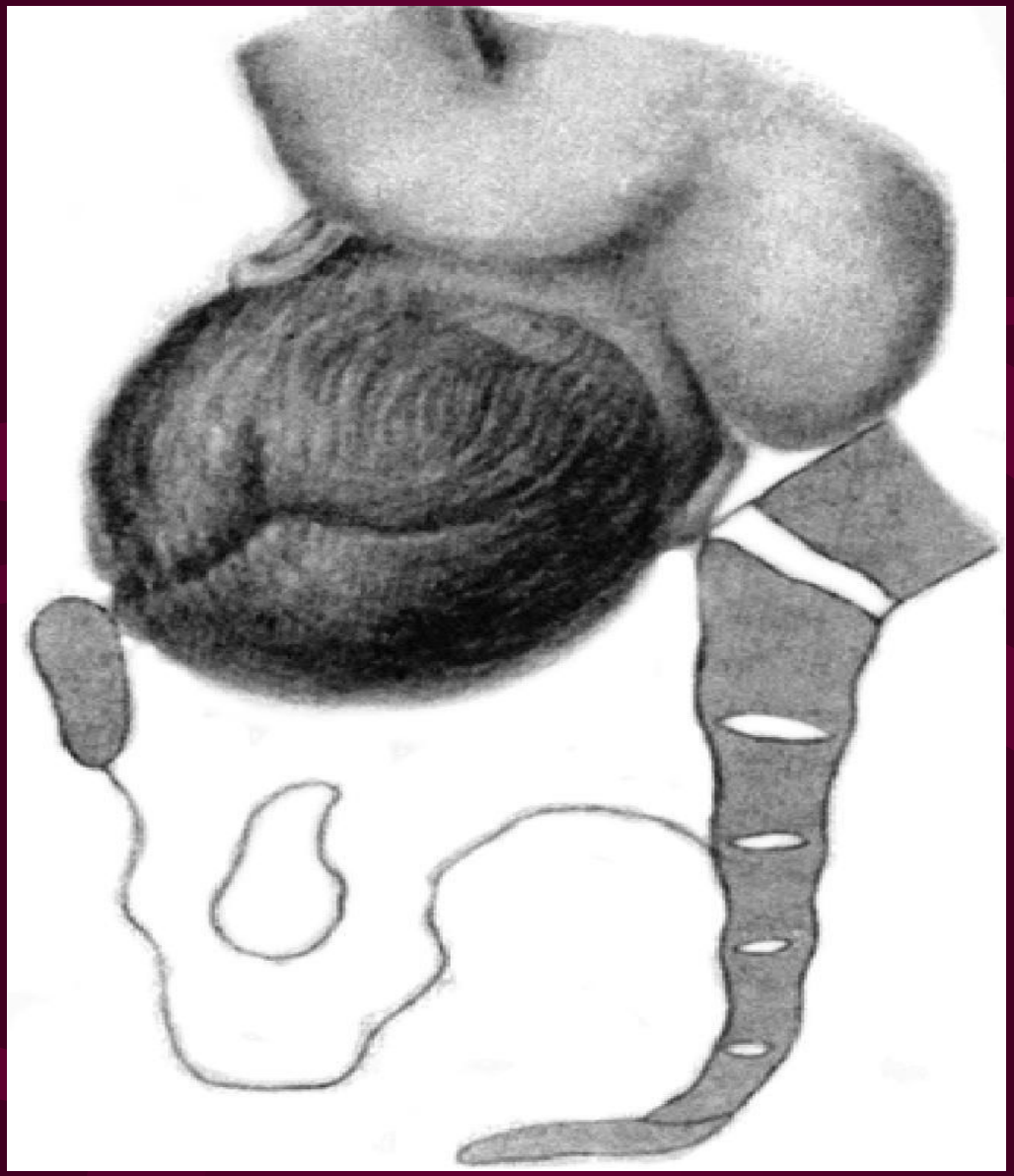
Асинклитическое вставление головки:

- 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.

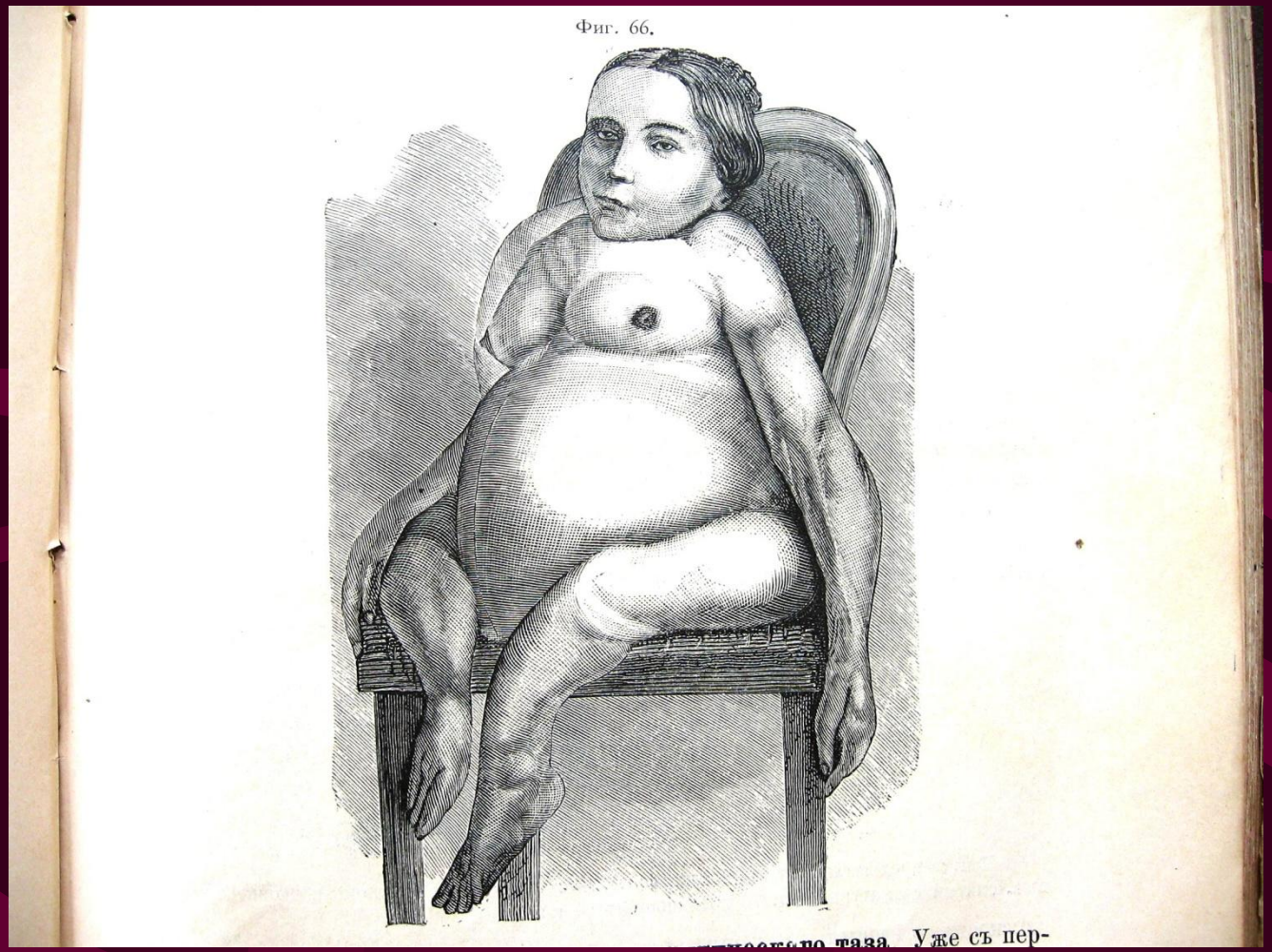
Передний асинклитизм



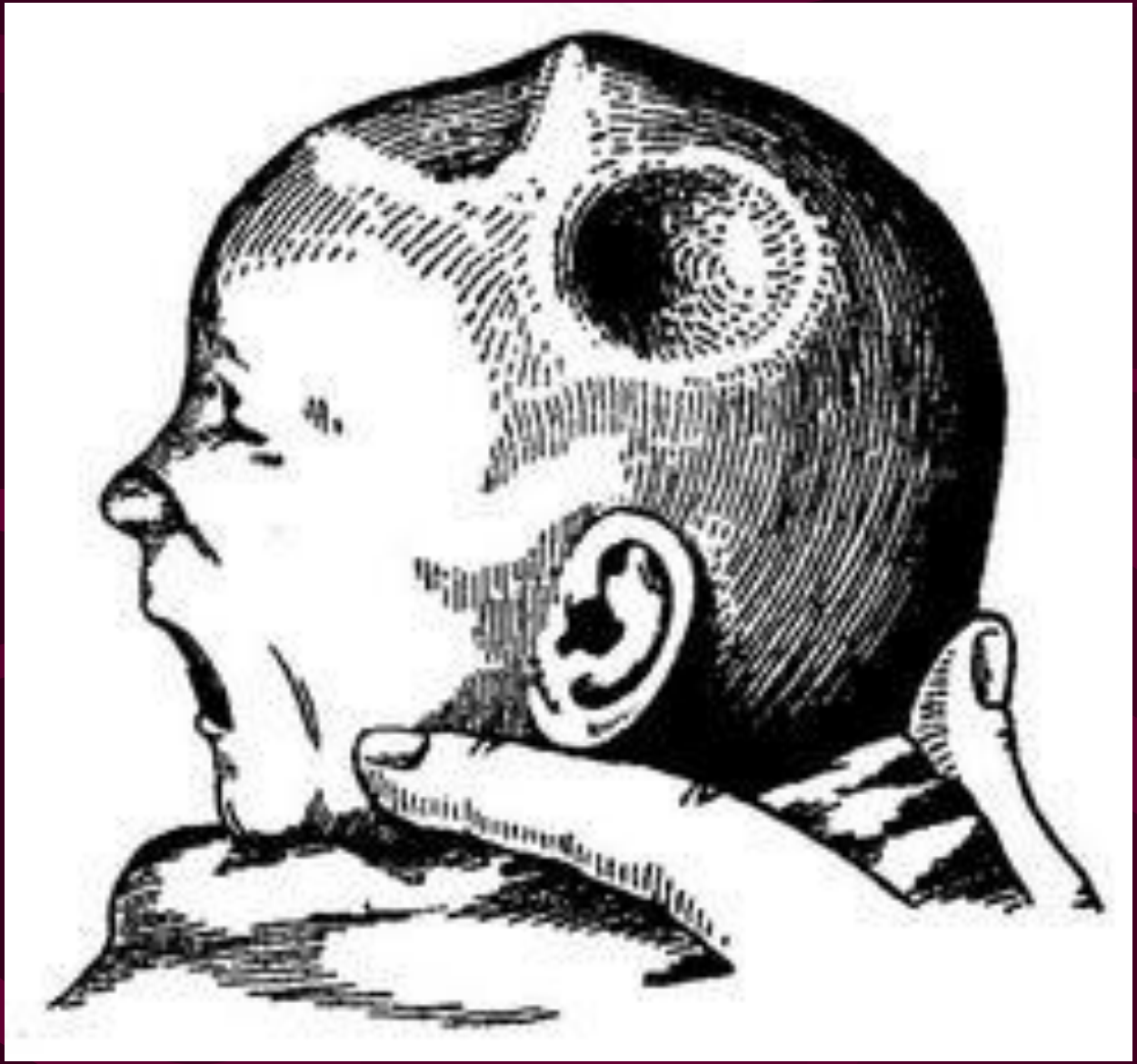
Задний асинклитизм



ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКИЙ


Фиг. 66.

Уже съ пер-



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

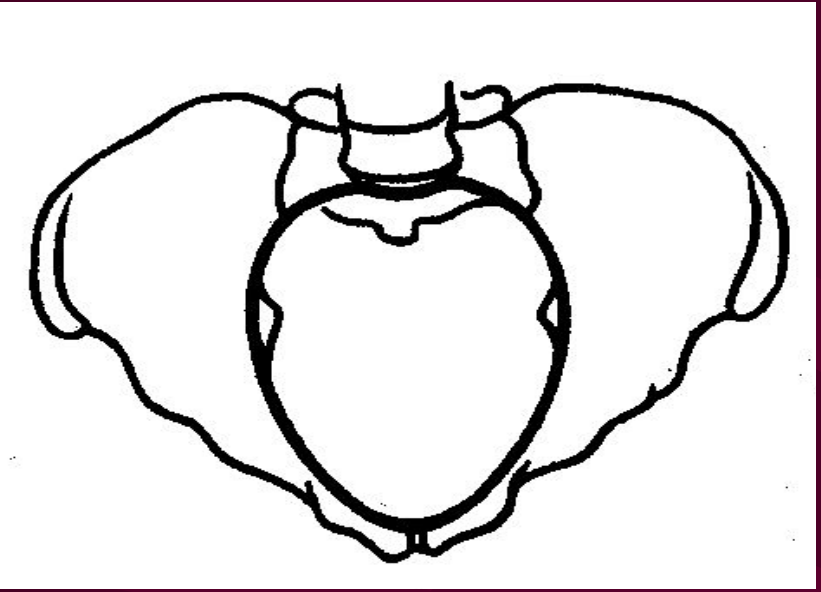
ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ОБЩЕСУЖЕННОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ:

- Головка долго стоит над входом в малый таз и вставляется вл 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

Con. VERA в норме или больше нормы

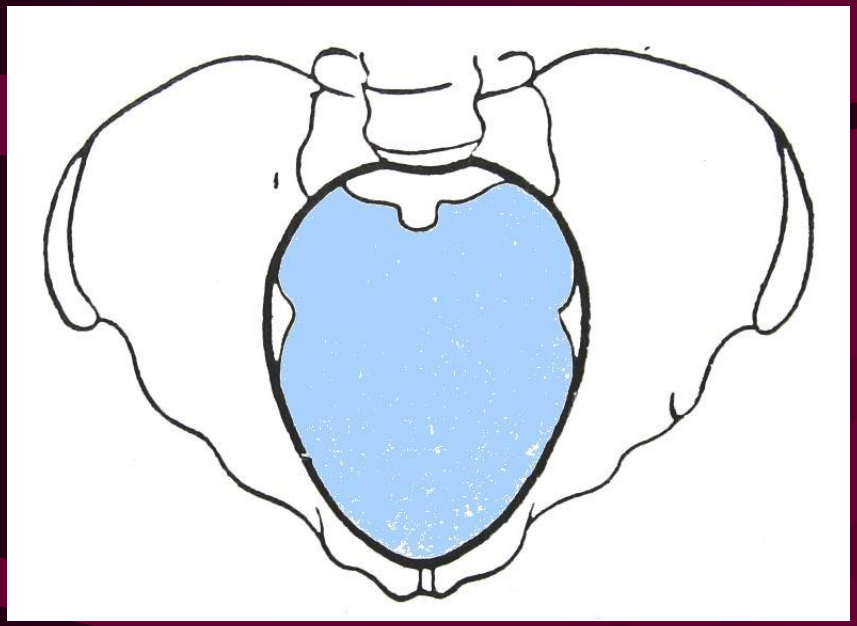
КЛАССИФИКАЦИЯ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОГО ТАЗА ПО СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ

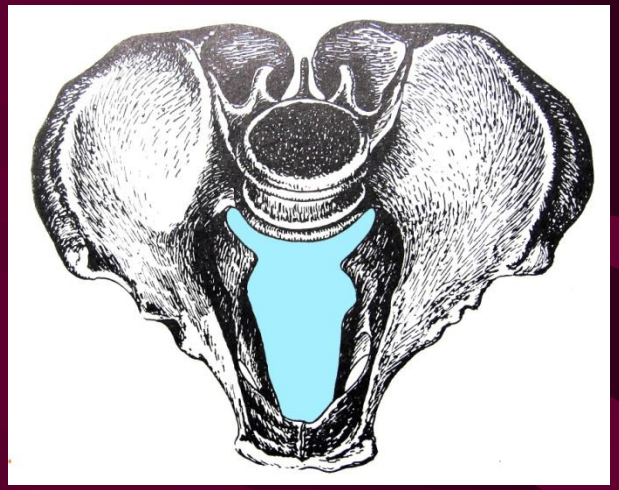
КРИТЕРИЙ - ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ

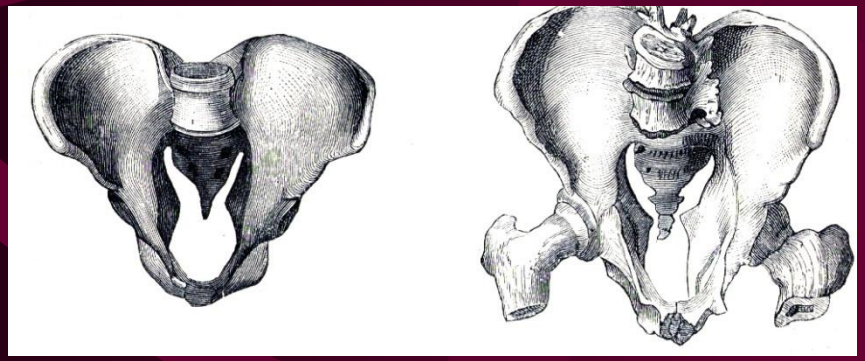
1 степень - размер менее 12,4 но более 11,5 см

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

3 степень - размер менее 10,5 см

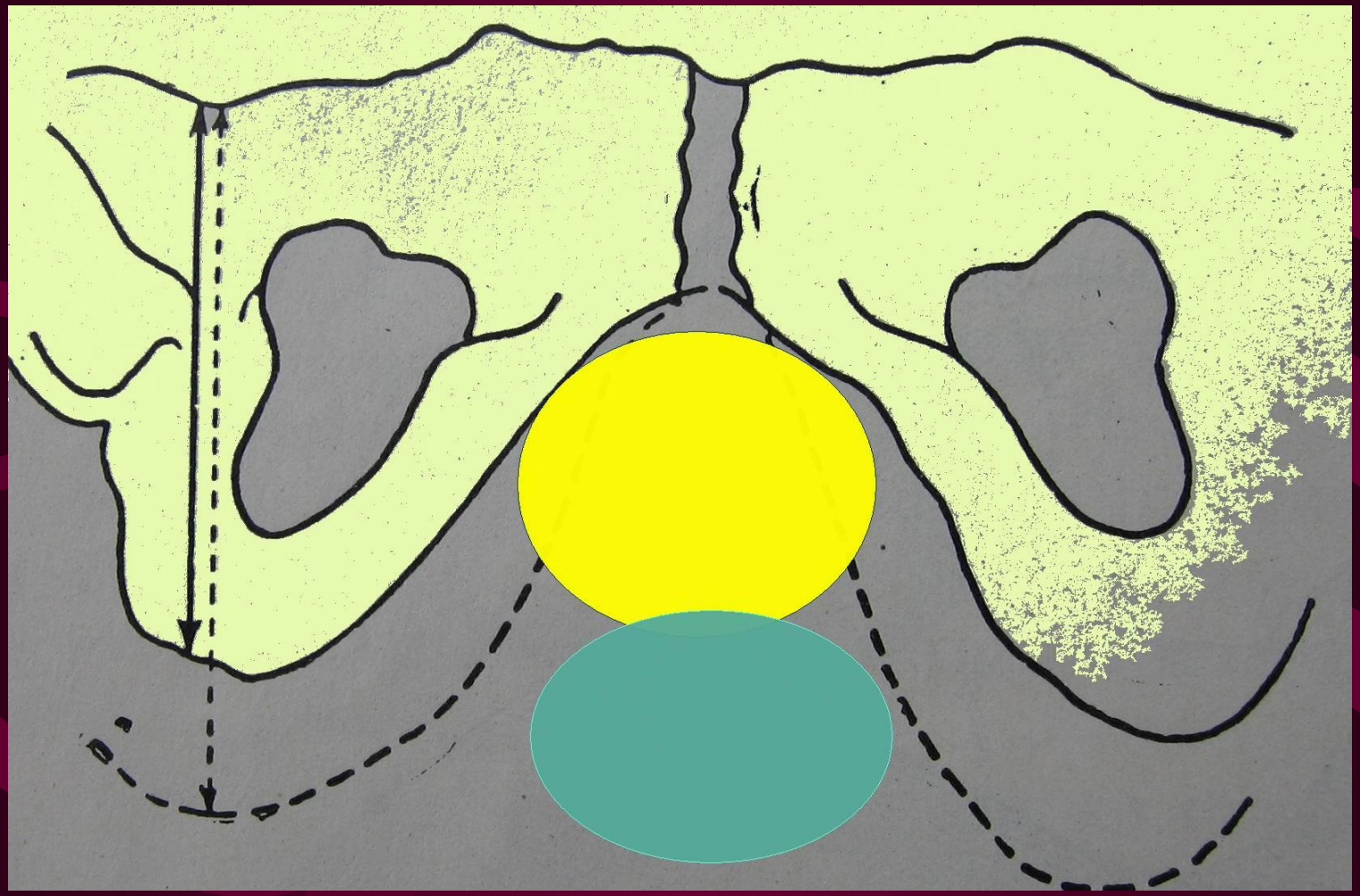






ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ

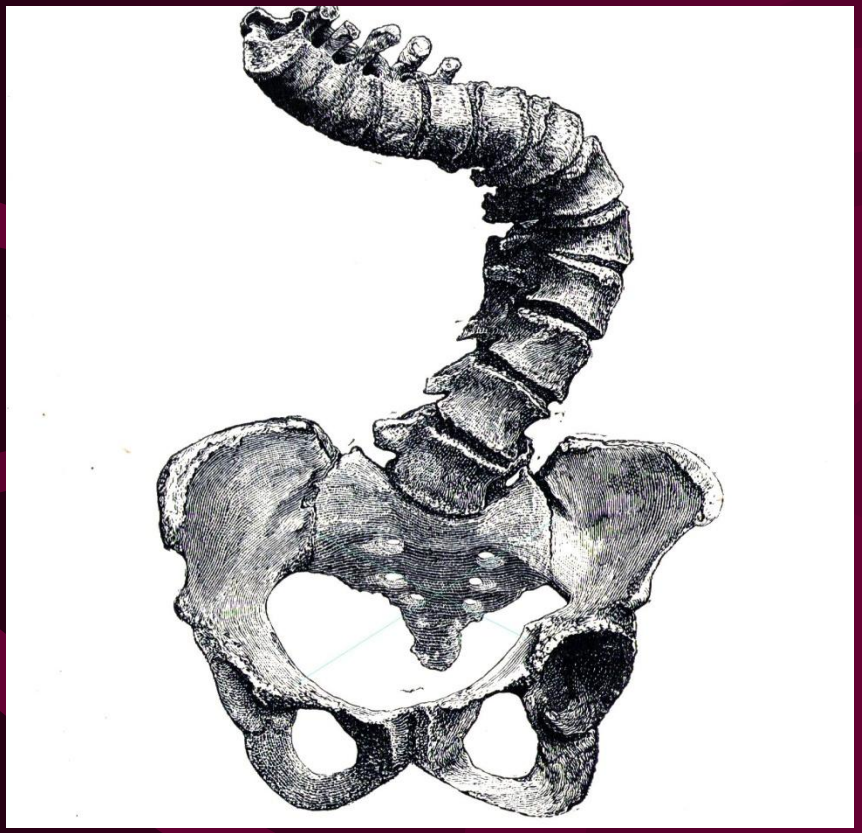
- ДЛИТЕЛЬНОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ НА УРОВНЕ ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ СТРЕЛОВИДНЫМ ШВОМ В ПРЯМОМ РАЗМЕРЕ
- ПРОХОЖДЕНИЕ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА БЕЗ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ПОВОРОТА
- ОБРАЗОВАНИЕ ДВОЙНОЙ ТОЧКИ ФИКСАЦИИ НА УРОВНЕ ПЛОСКОСТИ ВЫХОДА
- ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРОМЕЖНОСТИ
- ВЫРАЖЕННАЯ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

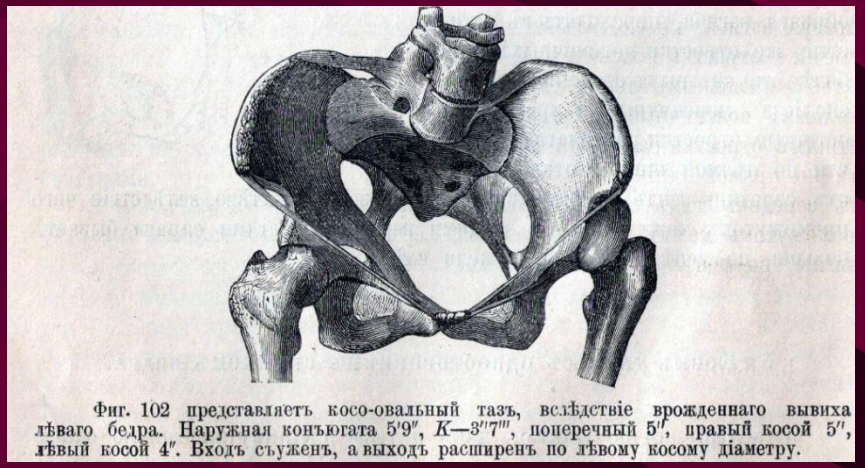


РЕДКИЕ ФОРМЫ

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

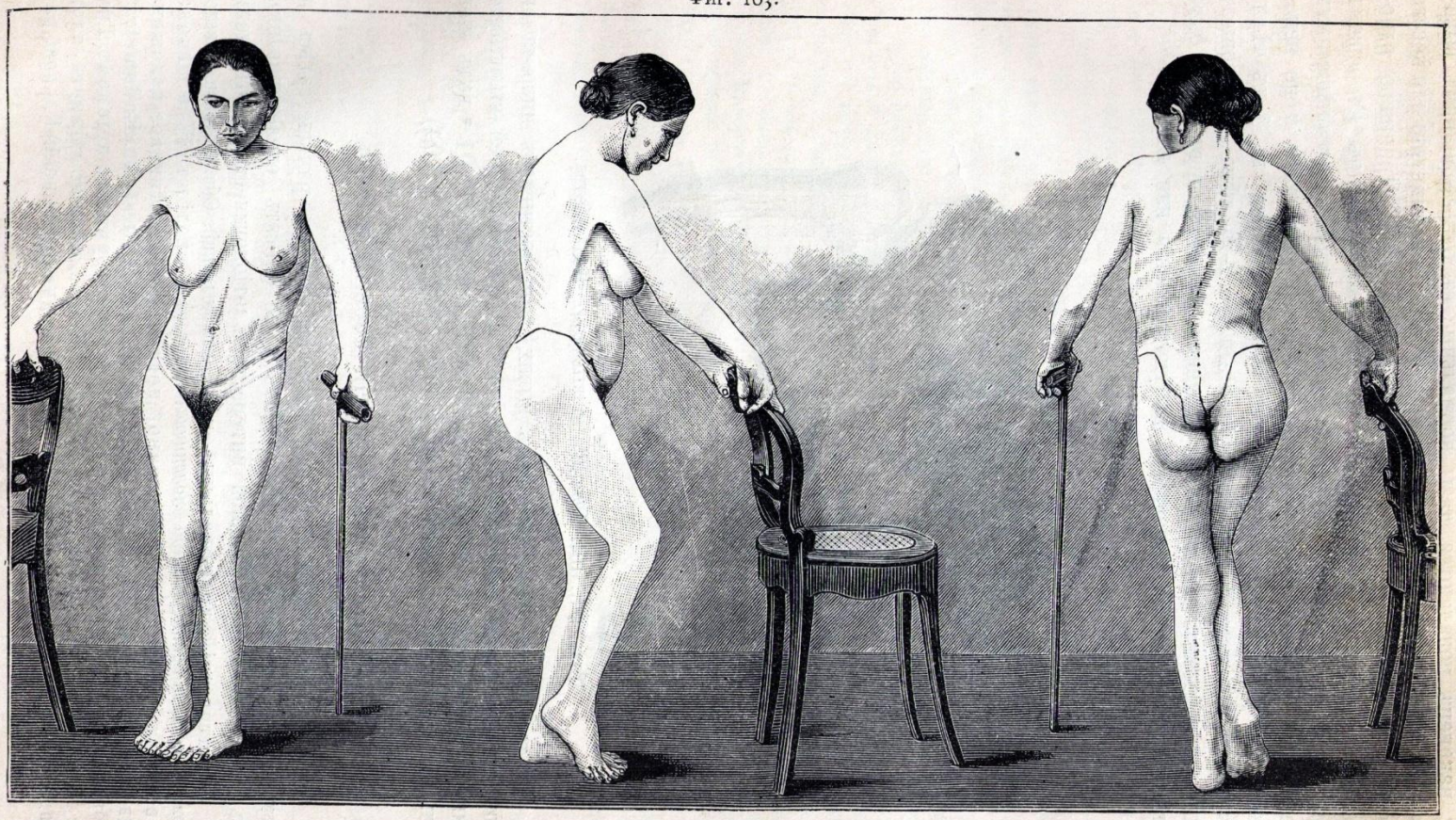
КОСЫЕ ТАЗЫ



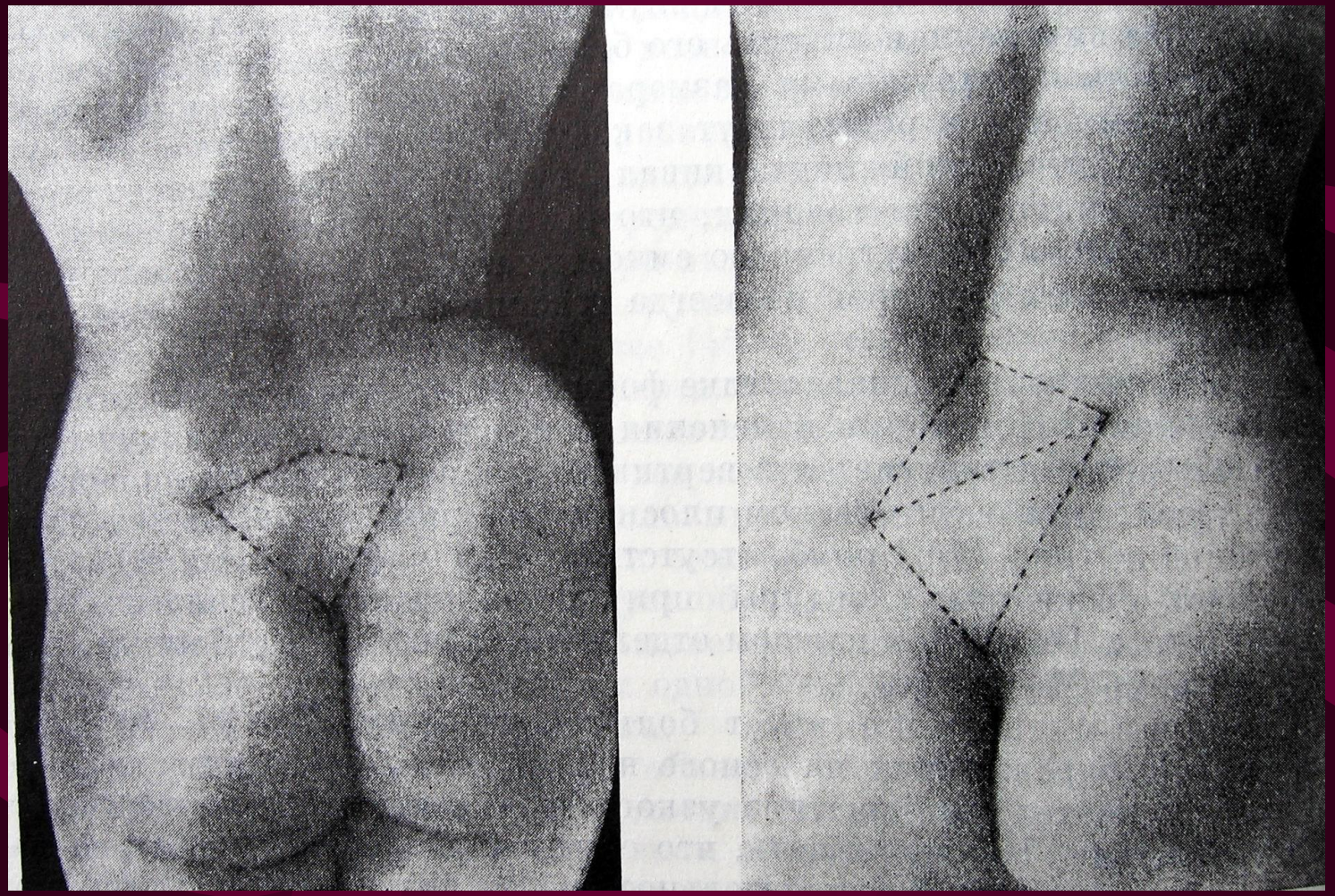


Фиг. 102 представляетъ косо-овальный тазъ, вслѣдствіе врожденнаго вывиха лѣваго бедра. Наружная конъюгата 5′9″, *K*—3″7‴, поперечный 5″, правый косой 5″, лѣвый косой 4″. Входъ съуженъ, а выходъ расширенъ по лѣвому косому діаметру.

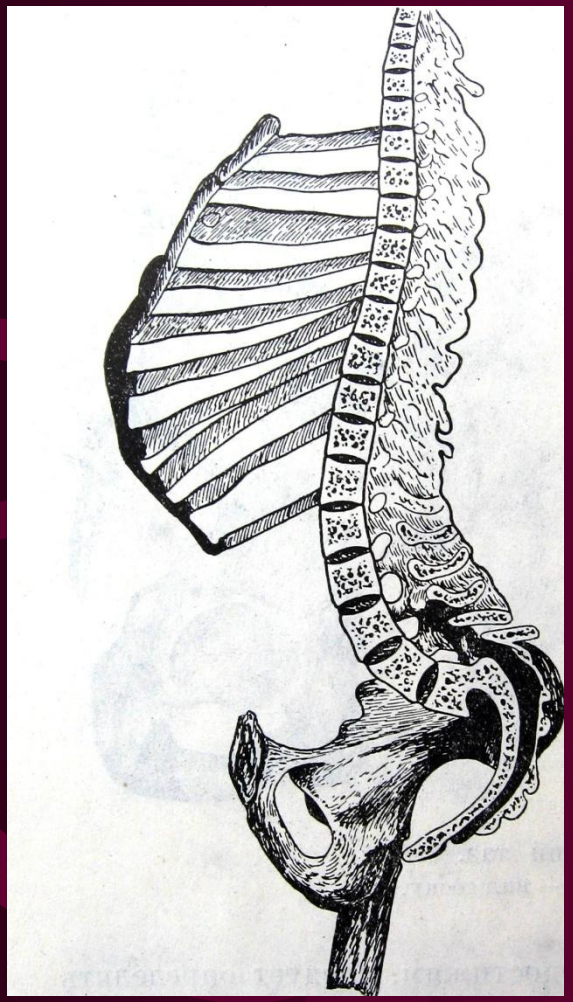
Фиг. 103.

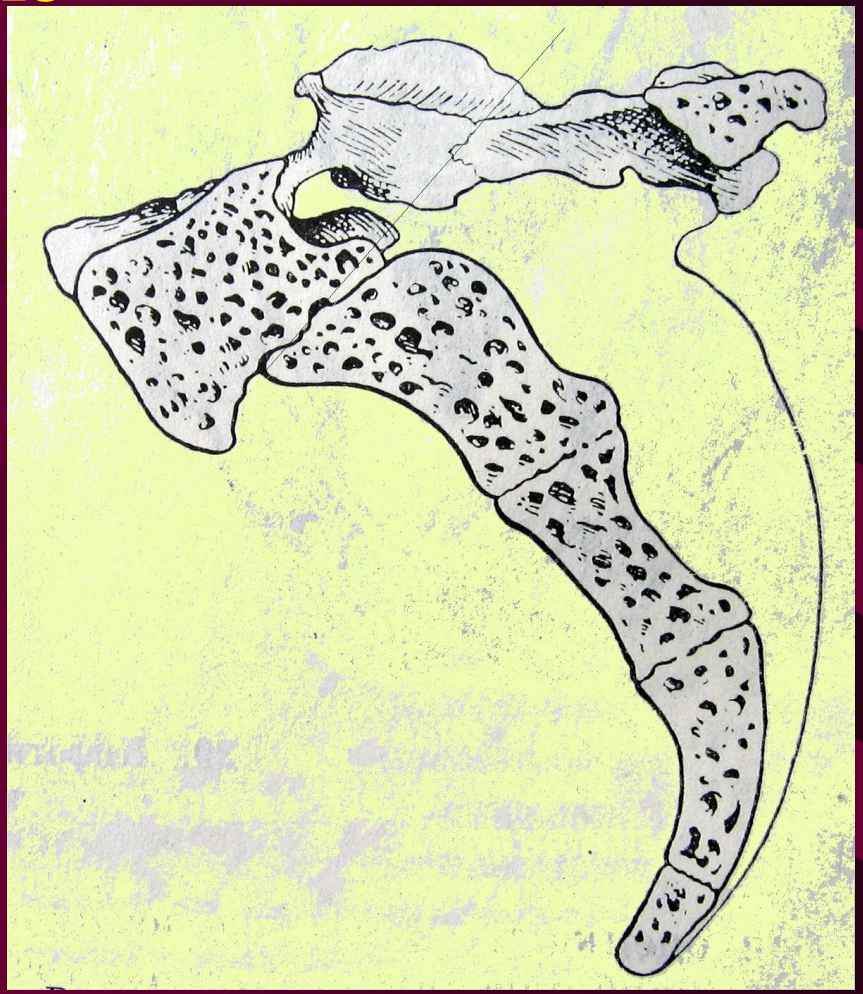


Фиг. 103. 30-ти-лѣтняя перворождающая (въ трехъ видахъ) съ косымъ и косо-поставленнымъ тазомъ, обусловленнымъ врожденнымъ парезомъ и недостаточнымъ развитіемъ правой половины туловища, а также вывихомъ бедра кверху и кпереди. Предлежащая головка вставилась въ съуженную половину таза. Щипцами извлеченъ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

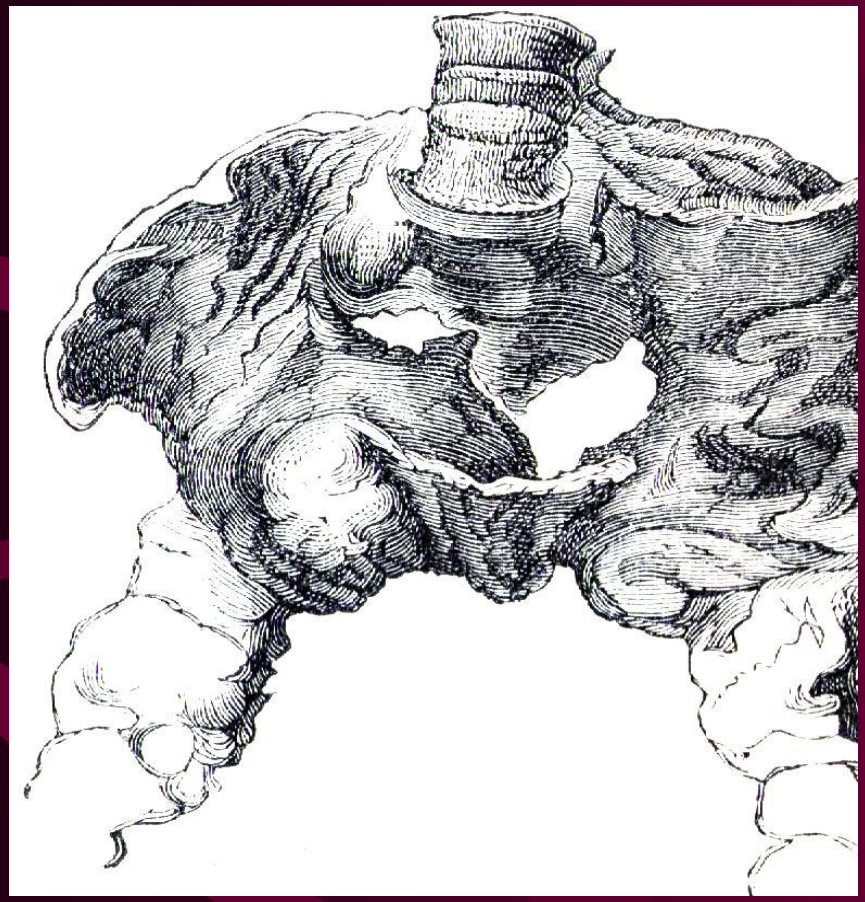


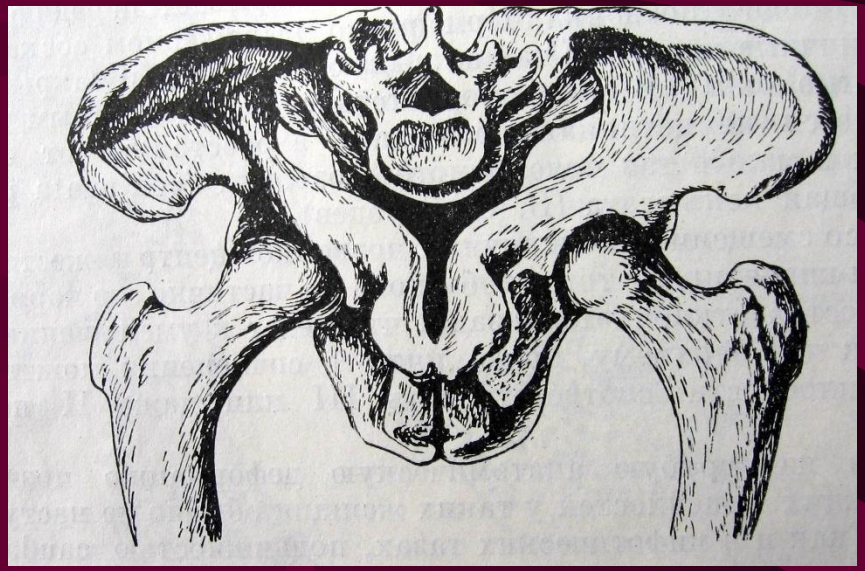
СПОНДИЛОЛИСТЕТИЧЕСКИЙ ТАЗ



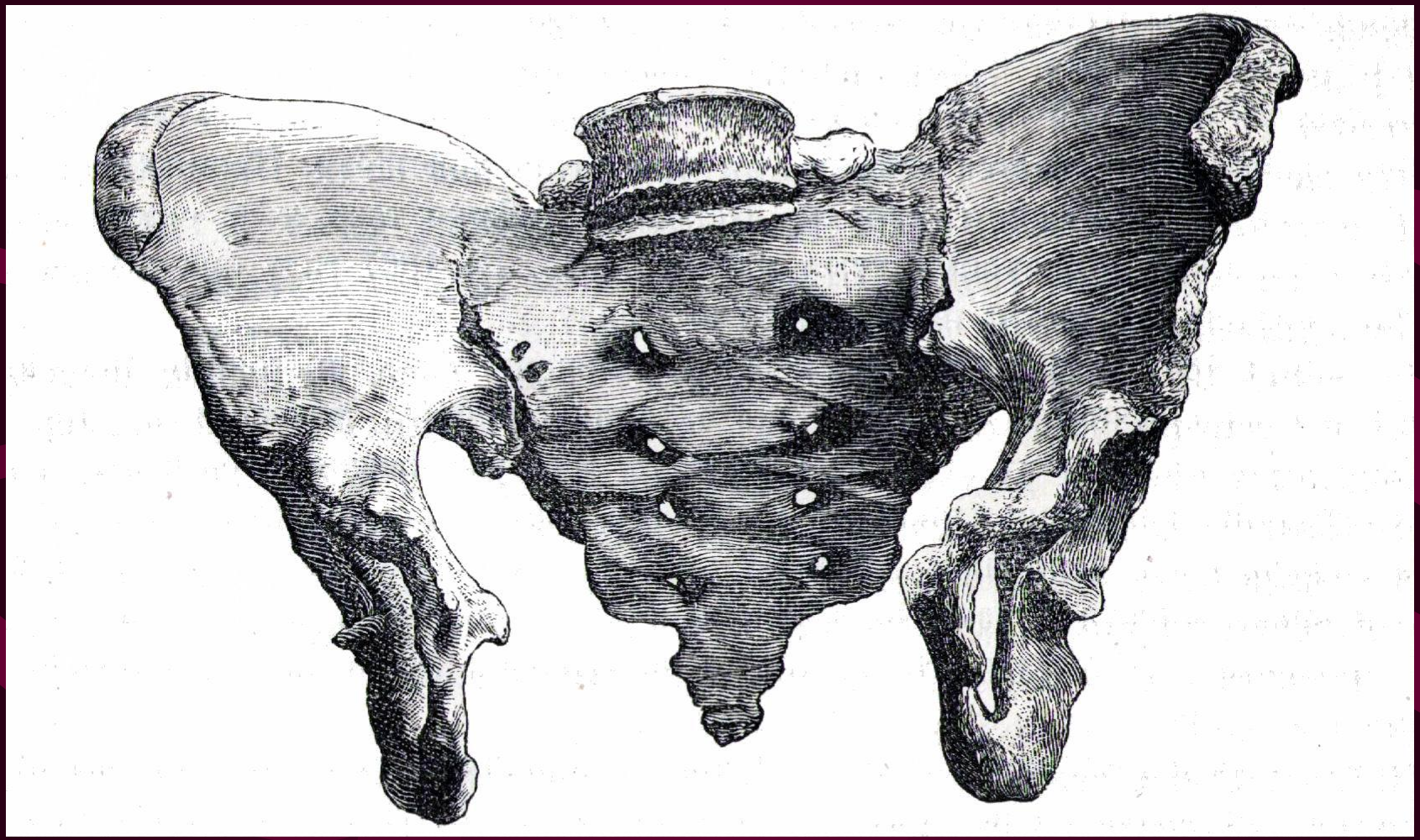


ОСТЕОМАЛЯЦИОНЫЙ





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 необходим:

- ✔ мониторный контроль 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:

- переношенный
- 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 лицового вставления)
- Отсутствие конфигурации головки плода при переношенной 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

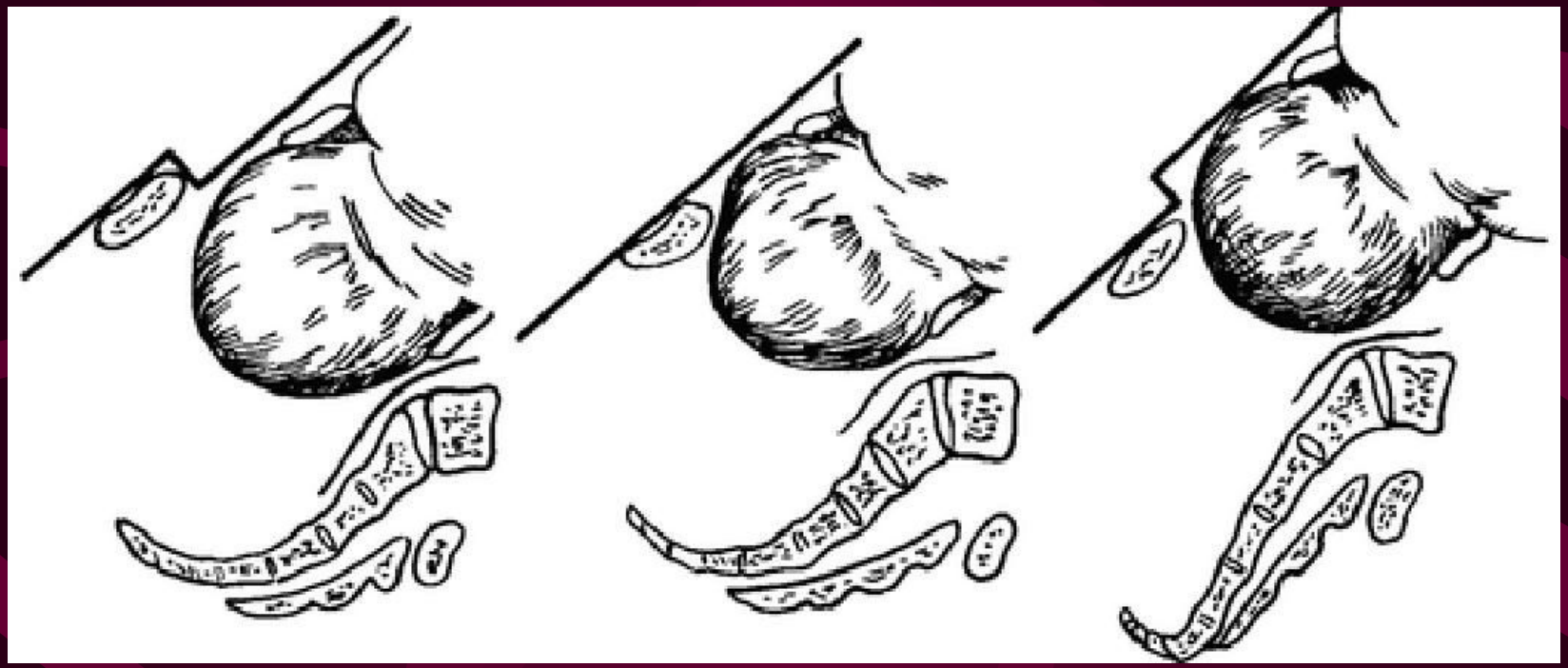
- определяют при наличии регулярной родовой деятельности, после излития вод и фиксации головки во входе в таз

- 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 C. externa, затем переднюю брюшную браншу тазомера перемещают на наиболее выступающую часть головки плода (вторую браншу тазомера не переставляют)

Симптом Цантгемейстера - 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.

PPt4WEB.ru

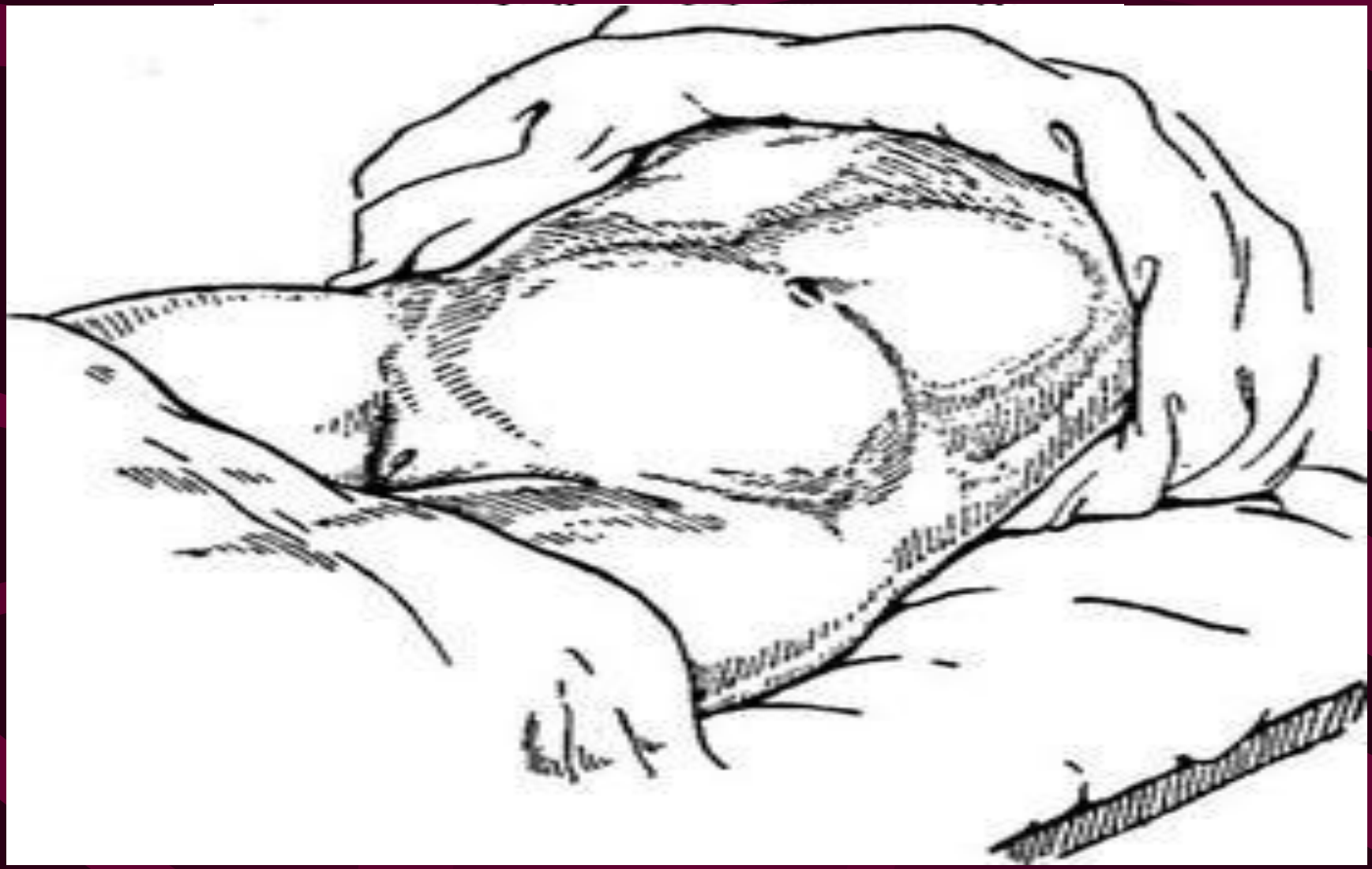
Признак Цангемейстера

- Если полученный размер меньше величины *C. externa*, то признак Цангемейстера считают **отрицательным**;
- если больше —признак Цангемейстера **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!