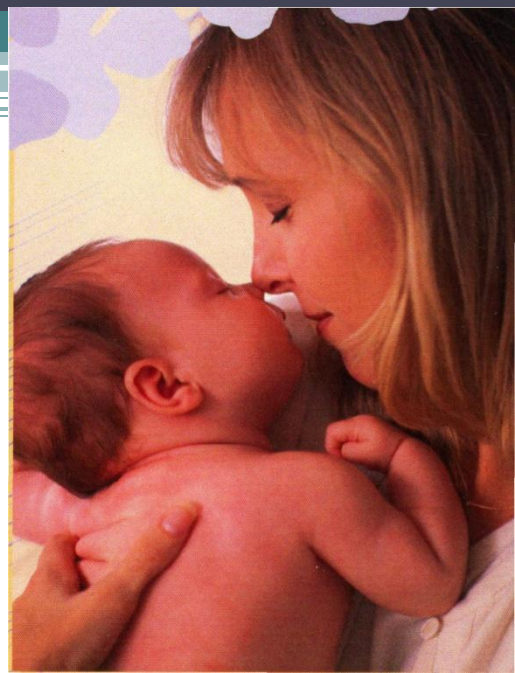
Роды при аномалиях женского таза.

ПМ02. «Лечебная деятельность»
МДК 02.03. «Оказание акушерской помощи»
Специальность 060101 «Лечебное дело»



Вопросы лекции

- Понятие узкого таза. АУТ и КУТ.
- Течение и ведение беременности при АУТ;
- Биомеханизм родов при различных видах АУТ;
- Признаки клинически узкого таза;
- Течение и ведение родов при АУТ;
- Профилактика узких тазов

Узкий таз это такой таз, костный скелет, которого изменен.

Различают:

- ***Анатомически узкий таз (***АУТ) в котором хотя бы один из наружных размеров укорочен по сравнению с нормальными на 1,5 – 2 см и более;
- ***Клинически узкий таз*** (КУТ) несоответствие между размерами плода и размерами таза матери. Формируется в 2-м периоде родов.

Классификация АУТ

По форме сужения

1. Часто встречающиеся формы

- Поперечносуженный таз
- Плоский таз:

- Простой плоский таз,
- Плоскорахитический таз,
- Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза.

Течение беременности

- Первая половина протекает без осложнений;
- Формируется остроконечный живот у первобеременных, отвислый- повторноро-х, что способствует длительному высокому стоянию головки плода над входом в малый таз или ассинклитическому вставлению головки плода;
- Высокая вероятность развития преждевременных родов;

Ведение беременных в ЖК

- Вторая 1\2 бер-ти: откладывает отпечаток основное заб-е, которое вызвало формирование АУТ;

- Головка длительное время подвижна – формируются тазовое предлежание, косое, поперечное положение плода, разгибательный вариант вставления головки плода;
- Часто – ПООВ, при высоко стоящей головке нет пояса соприкосновения;
- Высоко стоит дно матки и диафрагмы, что приводит к одышке, тахикардии, быстрой утомляемости.

Ведение беременных в ЖК

- Беременные с АУТ относятся к высокой группе риска, Д-учет особый;
- Госпитализация за 2-3 нед. до родов;

Цель: уточнить диагноз, срок беременности, вес плода, размеры таза, степень сужения, положения, предлежания плода его сост-ния и выбора рационального метода родоразрешения.

Метод родоразрешения определяется

- Данными анамнеза, готовность родовых путей;
- Формой и степенью сужения таза;
- Предполагаемой массы плода.
- Через естественные родовые пути роды возможны при некрупном плоде, I степень сужения таза, отсутствие ОАГА, «зрелая» шейка матки.

- Роды консервативно-выжидательно возможны при I и II ст. сужения таза.
- Исход зависит от величины головки плода, способности ее к конфигурации, хар-ра вставления головки, интенсивности родовой деятельности,
- III и IV ст. – роды живым доношенным плодом невозможны.

Первый период родов

- Слабость родовой деятельности – 10 - 38%;
- ПООВ и раннее излитие вод;
- Выпадение пуповины и мелких частей плода;
- Гипоксия плода;
- Замедленное продвижение предлежащей части, затяжные роды;
- Сдавление мягких тканей родовых путей;
- Инфицирование в родах (хорионамнионит, эндометрит, инфицирование плода);

Второй период родов

- Вторичная слабость родовой деятельности;
- Асфиксия плода и его родовая травма;
- Клинически узкий таз;
- Перерастяжение нижнего сегмента матки, угроза или разрыв матки;
- Некроз тканей, образование мочеполовых или ректальнополовых свищей;
- травма сочленений и нервных сплетений женского таза.

Третий период родов и ранний послеродовый

- Кровотечения, связанные с длительным течением родов;
- Субинволюция матки;
- Мертворождаемость, ранняя детская смертность;
- Послеродовые гнойно-септичесие заболе-я

- Сильное сгибание головки;
- Отсутствие внутреннего поворота головки – головка проходит через все плоскости таза стреловидным швом в прямом размере.
- Высокое прямое стояние головки – чаще всего показание для оперативного родоразрешения

Ведение родов при АУТ

- Постельный режим в родах;
- Профилактика слабости родовой деятель-ти;
- Профилактика гипоксии плода и асфиксии;
- Профилактика инфицирования в родах;
- Выявление признаков клинического несоответствия;
- Профилактика последового и раннего послеродового кровотечения;
- Кесарево сечение при живом плоде;
- Плодоразрушающие операции при мертвом плоде.

Тактика ведения родов

- Д.б. индивидуальной, с учетом всех данных объективного исследования и прогноза для роженицы и плода,
- Активно-выжидательный характер,
- Кардиомониторный контроль за состоянием плода.

Первый период родов

- Для профилактики слабости родовой деят-ти – создать ГЗВФ, своевременный сон-отдых – сибазон 2мл в\в, ;
- Контроль за продвижением головки плода характером вставления и раскрытием шейки матки;
- Профилактика затяжных родов,
- Родостимуляция осторожно, контроль за состоянием плода, его продвижением, состоянием нижнего сегмента. Продолжи-ть родостумуляции д.б. не более 3час –К.С.

- Введение анальгетиков и спазмолитиков;
- Профилактика гипоксии и гипотрофии плода – пироцетам, актовегин 5мл в\в;
- Ан\бактериальная терапия при Б.П.10 час. и более или при появлении септических осложнений;
- Длительное приспособление головки к родовому каналу – конфигурация, родовая опухоль;

- ПООВ чаще встречается при плоском тазе, реже – при ОРСТ,
- При «незрелой» ш/м и ПООВ – пересматриваем план ведения родов в сторону оперативного родоразрешения,
- При любой форме АУТ - сохранять целостность плодного пузыря,
- При ПООВ –роженице показан постельный режим для профилактики выпадения мелких частей плода и пуповины.

- Для всех форм АУТ хар-но в родах длительное приспособление головки к родовому каналу,
- Происходит формирование родовой опухоли и конфигурации головки,
- Хар-р вставления головки, расположение родовой опухоли, выраженность конфигурации диагностируют в родах при вагинальном исследовании,
- По этим данным уточняют форму АУТ,

Второй период родов

- Слабость род. деятельности, особенно при *общеравномерносуженном и простом плоском тазе;*
- *При поперечносуженном период изгнания* может быть не осложненным;
- При *плоскорахитическом* – протекает стремительно;
- *При общеравномерносуженном тазе-* угроза разрыва промежности – эпизотомия;

- Затяжной период *изгнания при простом плоском* тазе связан с «низким поперечным стоянием» стреловидного шва и сложностью внутреннего поворота головки;
- Длительное стояние головки создает условия для развития мочеполовых и кишечно – половых свищей, проявляются в послеродовом периоде на 4-5 день;
- Развитие клинического несоответствия между размерами таза матери и головкой плода.

Третий период родов и ранний послеродовой период

- Профилактика кровотечения - МЭМ 1мл в\в на физ. р-ре 10мл после рождения последа;
- Возмещение кровопотери при кровотечении свыше ДПК;
- А/б при БП 10час и более, при появлении признаков инфекции.

Причины КУТ

- Сужение таза и крупный плод (60%);
- Неблагоприятное предлежание и вставление головки плода (24%);
- Крупные размеры головки плода (10%);
- редкие анатомически еизменения таза (6%)

Симптомокомплекс КУТ

- Отсутствие продвижения головки плода при полном открытии маточного зева, при хорошей родовой деятельности и отошедших водах;
- Потуги при прижатой ко входу в таз головке плода;
- Вторичная слабость родовой деятельности;
- С-мы прижатия мягких тканей и мочевого пузыря (отечность ш\м и НПО, задержка мочи и появление в ней примеси крови):

- (+) симптомы Вастена и Цангемейстера;
- Особенности вставления головки и ее конфигурация;
- Угрожающий разрыв матки вследствие клинического несоответствия;
- Функциональная оценка таза проводится 1час у первородящих;

  2 час – у повторнородящих;
- кесарево сечение - при живом плоде, плодоразрушающая операция - при мертвом плоде.

Диф.диагностика

- КУТ и
- Вторичная слабость род. Деятельности,

Профилактика развития АУТ

- Комплекс мероприятий в детском и школьном возрасте – рациональный режим питания, отдыха, умеренную физическую нагрузку, занятие физкультурой;
- Организация физического развития девочек; грудное вскармливание, рацион. питание, гигиенические мероприятия;
- При беременности – бандаж, ЛФК;