

АУТ и КУТ

Д.м.н., доцент кафедры
акушерства и гинекологии
Хаятова З.Б.

- Проблема узкого таза является актуальной для практического акушерства. Недаром существует пословица – «Скажи, как ты ведешь роды при узком тазе, и я скажу, каков ты акушер».

В классическом акушерстве по Мартину существует два понятия:

- анатомически узкий таз (суженный),
- функционально или клинически узкий таз.

- ***Анатомически узкий или суженный таз*** – это такой таз, в котором имеется уменьшение одного или нескольких размеров на 2 см и более.
- В том случае, если таз не соответствует по своим размерам величине плода, говорят о функционально или клинически узком тазе.
- Не всякий анатомически суженный таз приводит к клинике узкого таза.
- В то же время таз нормального строения и размеров может оказаться клинически узким при наличии крупных и гигантских размеров плода или неблагоприятных вставлениях головки.

функционально или клинически узкий таз

- В том случае, если таз не соответствует по своим размерам величине плода
- В то же время таз нормального строения и размеров может оказаться клинически узким при наличии крупных и гигантских размеров плода или неблагоприятных вставлениях головки.
- Не всякий анатомически суженный таз приводит к клинике функционального узкого таза.

- *Всего различают 3 степени переднего и заднего асинклитизма:*

- Если первой опускается передняя теменная кость, а стреловидный шов смещается к мысу - то говорят о переднем (Негелевском) асинклитизме.
- Если первой опускается задняя теменная кость, а стреловидный шов смещается к лону – говорят о заднем асинклитизме (Литцмановском).

- Разберем пример степеней асинклитизма на Негелевском асинклитизме.
- *Первая степень Негелевского асинклитизма* - отклонение стреловидного шва до 2 см. от проводной оси таза в сторону мыса (передне-теменное наклонение).
- *Вторая степень Негелевского асинклитизма* – отклонение стреловидного шва более 2 см. от проводной оси таза (шов определяется у мыса). Акушерская ситуация носит название переднетеменного вставления.
- *Третья степень Негелевского асинклитизма* – стреловидный шов не определяется (передне-ушное вставление).
- Асинклитизм II-III степени встречается чаще всего при общесуженном плоском тазе. При данном вставлении головки самопроизвольные роды невозможны и беременная должна быть

I. Классификация по форме сужения таза.

■ *А. Часто встречающиеся формы анатомически узкого таза:*

1. Поперечносуженный таз (pelvis transversa).

2. Плоские тазы:

■ простой плоский (Девентеровский) (pelvis plana);

■ плоскоррахитический (pelvis plana rhachitica);

3. Общеравномерносуженный таз (pelvis nimis parva):

■ гипопластический (pelvis hypoplastica);

■ детский (pelvis juvenilis);

■ мужского типа (pelvis virilis);

■ таз карлиц (pelvis nana).

4. Общесуженный плоский таз.

▪ *Б. Редковстречающиеся формы таза:*

1. Кососмещенный.
2. Кососуженный.
3. Поперечносуженный (Робертовский).
4. Остеомалятический.
5. Спондилолистетический.
6. Воронкообразный.
7. Ассимилированный «длинный таз».
8. Таз, суженный экзостозами, костными опухолями, вследствие переломов таза со смещением.

II. Классификация анатомически узкого таза по степени сужения (Чернуха).

- В основе лежит размер истинной конъюгаты. При этом принято различать 4 степени сужения:
- 1 степень сужения с.vera - от 11 до 9 см.
- 2 степень сужения с.vera – 9 - 7 см.
- 3 степень сужения с.vera - 6,9 - 5 см.
- 4 степень сужения с.vera- менее 5 см.

Исход родов и биомеханизмы родов при различных формах и степенях сужения таза.

- *Исход родов при различных степенях сужения таза.*
- Анатомическое сужение таза не всегда ведет к глубоким нарушениям механизма родов, делая возможным или невозможным прохождение через него плода.
- При первых двух степенях анатомически суженного таза возможны роды через естественные родовые пути живым ребенком, но в современных условиях предпочтительно вести роды через естественные родовые пути при первой степени сужения таза и только в случае преждевременных родов при II степени его сужения.

При II степени сужения таза роды через естественные родовые пути можно вести только при глубоко недоношенном плоде.

Операция кесарева сечения в этих двух случаях проводится по относительным показаниям в интересах плода. При этом обязательно учитывается желание матери и ее согласие на операцию.

При III-IV степени роды через родовые пути невозможны. Живого или мертвого доношенного ребенка женщина может получить только путем брюшно-стеночного родоразрешения – операцией кесарева сечения, т.к. даже расчленение плода не обеспечивает его извлечение через естественные родовые пути.

- Для лучшего вставления головки рекомендуется положение беременным на том боку, со стороны которого расположена та часть плода, вставление которой желательно.

Механизм родов при общеравномерно суженном тазе.

- При этой форме сужения таза наблюдается равномерное уменьшение всех размеров таза на одинаковую величину, что и определяет особенности биомеханизма родов при этой форме сужения таза.
- При этой форме сужения таза характерны следующие особенности:
 - *Для первого момента родов:*
 - а) стреловидный шов устанавливается в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз, ибо только в таком положении головка плода может пройти плоскость входа в малый таз;
 - б) длительное стояние стреловидного шва в данной позиции;
 - в) головка вставляется в плоскость входа в малый таз в состоянии резкого сгибания, когда ведущей точкой является истинно малый родничок, располагающийся по проводной оси таза;

- г) в другом косом размере встает большой поперечный размер головки;
- д) прохождение головки по родовому каналу возможно при выраженной конфигурации ее костей, что ведет к уменьшению её размеров и возможности прохождения через общеравномерно суженый таз. При конфигурации задняя теменная кость и стреловидный шов надвигается на переднюю, причем, обе теменные кости при этом надвигаются на лобную и затылочную. Головка вытягивается в форму клина с родовой опухолью, расположенной в области малого родничка. Головка приобретает форму огурца сдавленного в поперечном и малом косом размере. Такая конфигурация головки получила название Редереровского асинклитизма.

- *Для третьего момента родов:*

- а) образование «двух точек» фиксации при совершении III момента биомеханизма родов. При нормальном строении таза лонная дуга и угол между ветвями лонных костей позволяет головке упереться подзатылочной ямкой об нижний край симфиза. При общеравномерносуженном тазе лонный угол острый и головка упирается о нижние ветви лобковой кости, т.к. головка подзатылочной ямкой не может подойти под нижний край лона. Вследствие этого при прохождении головки через выход она резко отходит кзади, что приводит к значительному растяжению промежности и высокому её травматизму.
- б) Долихоцефалическая форма головки при рождении резким вдавлением в области большого родничка и родовой опухолью в области малого родничка, головка вытягивается в виде клина «огурцевидная головка».
- Таким образом, механизм родов при общеравномерносуженном тазе имеет 8

1. при наличии
общеравномерно суженного таза,
головка вступает в полость малого
таза в состоянии выраженного
сгибания, поэтому эти женщины
должны занимать положение на том
боку, в сторону которого обращен
затылок (проводная точка
расположена на затылке – «ИСТИННО»
малый родничок).

- **Плоские тазы** характеризуются изменением прямых размеров в зависимости от формы таза.
- Следует различать 2 формы плоского таза:
 - - простой плоский;
 - - плоскоррахитический.

Плоскоррахитический таз

- признаки перенесенного в детстве рахита («квадратная» голова, искривление ног и др.), уменьшение вертикального размера крестцового ромба и изменение его формы. Крылья подвздошных костей развернуты. d. spinarum, d. cristarum, как правило, почти равны, наружная конъюгата уменьшена. При влагалищном исследовании достигается мыс, крестец уплощен. Иногда определяется ложный мыс.

Плоскоррахитический таз

- Для плоскоррахитического таза характерно значительное уменьшение прямого размера плоскости входа в малый таз, за счет того, что промоторий как бы выдвинут в малый таз. Все остальные размеры таза не только не уменьшены, но иногда даже увеличены, ввиду того, что крестец при этом несколько отклонен кзади. При этой форме сужения таза головка встречает затруднения для своего прохождения только в первой плоскости - плоскости входа в малый таз.

- *В плоскости входа происходит первый момент биомеханизма родов.*

Следовательно, при плоскоррахитическом тазе 1 момент биомеханизма родов будет иметь свои особенности, при этом их четыре:

- 1-я – длительное стояние стреловидного шва в поперечном размере плоскости входа в малый таз;
- 2-я – умеренное разгибание головки в плоскости входа в малый таз, в результате чего ведущей точкой становится большой родничок;
- 3-я – в прямом размере плоскости входа встает малый поперечный размер головки
- 4-я – боковое склонение головки, асинклитическое прохождение ее через вход в таз;

- 5-я – конфигурация головки. Сущность, которой заключается в том, что задняя теменная кость заходит под переднюю, стреловидный шов отходит ближе к промоторию (ассинклитизм Негеля), либо передняя теменная кость заходит под заднюю и стреловидный шов отклоняется к лону (ассинклитизм Литцмана). При этом уменьшается её малый поперечный размер, которым и стремится головка пройти через суженный прямой размер входа в малый таз.
- Все эти 5 особенностей обусловленные тем, что головка плода стремится пройти своим наименьшим размером - малым поперечным, размер которого равен 8-8,5 см, через прямой размер плоскости входа. Однако и этот размер головка пытается уменьшить конфигурацией за счет захождения теменных костей друг за друга.
- Если в результате всех этих приспособительных механизмов головка сможет пройти через плоскость входа в малый таз, то в дальнейшем может быть следующее течение родов:

- *1 вариант* - роды будут проходить по нормальному биомеханизму родов со сгибанием головки, только быстро, приводя к штурмовым родам, т.к. полость малого таза резко увеличена. Из-за очень быстрого прохождения головки через родовые пути - возможны повреждения как плода, так и мягких тканей родовых путей матери.
- *2 вариант* - головка может сохранить свое разгибание. Ведущей точкой остается большой родничок. В результате роды произойдут по биомеханизму переднеголового вставления. Небольшое разгибание головки, ротация затылком кзади, флексия вокруг переносья и в последующем разгибание головки после образования второй точки фиксации.
- Конфигурация головки брахицефалическая по форме напоминает башню. Головка сбоку выглядит сдавленной в переднезаднем размере и очень высокой, увеличены поперечные размеры головки.

Механизм родов при простом плоском тазе.

- Для простого плоского таза характерно уменьшение всех прямых размеров малого таза.
- Первый момент биомеханизма родов при этой форме сужения таза будет иметь все те 5 особенностей, которые присуще плоскорохитическому тазу.
- Второй момент биомеханизма родов - внутренний поворот головки из-за уменьшения прямых размеров полости малого таза будет происходить медленно и с затруднениями. Если головка не совершила поворот и в полости таза стоит стреловидным швом в поперечном размере, то эта ситуация носит название среднего поперечного стояния стреловидного шва головки.

Механизм родов при простом плоском тазе.

- Иногда возможно низкое поперечное стояние стреловидного шва, т.е. головка опускается на тазовое дно, не совершив внутреннего поворота и стреловидный шов продолжает оставаться в поперечном размере таза. Такая ситуация носит название – низкого поперечного стояния стреловидного шва головки. Для исправления этой патологии нужна длительная и интенсивная родовая деятельность. Иногда головка не может самостоятельно совершить поворот и тогда приходится прибегать к наложению так называемых свертатипичных щипцов. В этом случае щипцы используются как вращательный инструмент, с помощью которого головке придается нужное положение и затем она извлекается из родовых путей.

Механизм родов при общесуженном плоском тазе.

- Механизм родов может быть различным и зависит от того, какая форма сужения таза преобладает. Наиболее типичным является такое течение родов, когда первый вариант проявляется всеми особенностями биомеханизма родов, присущими плоскому тазу, а в дальнейшем - роды по механизму общеравномерносуженного таза. Роды протекают длительно, требуя огромной затраты сил и энергии роженицы.

- 2. При наличии плоских тазов головка вступает в таз в состоянии умеренного разгибания, поэтому беременная должна лежать на том боку, в сторону которого обращен большой родничок плода.

- **Поперечносуженный таз (джинсовый):** характеризуется уменьшением поперечного диаметра входа малого таза (менее 12,4 см) и межостного диаметра на 0,6-1 см и более, относительным увеличением прямого диаметра входа и узкой части полости малого таза, отсутствием изменений битуберозного размера у большинства обследованных, уплощением крестцовой впадины (более чем в 1/3 случаев). Вход в малый таз имеет круглую или продольно-овальную форму. Этот тип таза напоминает мужской.
- При рентгенологическом обследовании можно выделить 4 формы поперечносуженного таза:
 1. с увеличением прямого размера входа малого таза;
 2. с укорочением прямого диаметра широкой части полости малого таза;
 3. с уменьшением межостного диаметра;
 4. с увеличением прямого размера всех плоскостей малого таза

Механизм родов при поперечносуженном тазе.

- 1. Образование высокого прямого стояния головки в переднем или заднем виде. Сущность высокого прямого стояния головки заключается в том, что во входе в таз головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере входа в малый таз, соответственно направлению истинной конъюгаты. Такое стояние головки иногда наблюдается и при нормальных тазах, но обычно тогда оно бывает временным, преходящим явлением. Прямое стояние стреловидного шва приобретает патологическое значение только в том случае, когда шов длительно и стойко остается в занимаемом им положении.
- Значительно реже головка при высоком прямом стоянии располагается таким образом, что ее затылок обращен к лону – передний вид высокого прямого стояния. Однако чаще затылок обращен кзади, к мысу – задний вид высокого прямого стояния головки. Заднее высокое прямое стояние

- Роды при высоком прямом стоянии головки редко заканчиваются самопроизвольно, такое течение родового акта чаще наблюдается при переднем виде высокого прямого стояния головки. Головка при переднем виде в состоянии резкой флексии упирается подзатылочной частью в симфиз, к мысу направлены лоб и передняя часть темени. В таком виде (в прямом размере) головка проходит через весь таз и рождается в затылочном предлежании. В других случаях головка проделывает ротацию, т.е. сначала переходит в один из косых размеров, а затем на дне таза – в прямой размер выхода малого таза.
- При заднем виде высокого прямого стояния головки самопроизвольные роды невозможны, приходится прибегать к оперативному родоразрешению.
- 2. Косое асинклитическое вставление головки (асинклитизм Солереса). Стреловидный шов стоит косо, но отклоняется либо к мысу либо к лону. Роды через естественные родовые пути возможны, но у ребенка после рождения нередко образование кефалогематом на предлежащей теменной кости.

Степени несоответствия головки плода тазу матери по Р. И. Калгановой:

■ I степень- относительное несоответствие:

- Образование благоприятных форм вставления головки и нормальный биомеханизм родов.
- Биомеханизм родов, свойственный данной форме таза.
- Хорошая конфигурация головки.
- Замедленное продвижение головки, недостаточно активное открытие шейки матки.
- Хорошая родовая деятельность.
- Признак Вастена отрицательный.
- Размер Цангейместера меньше наружной конъюгаты.

II степень-значительное несоответствие:

- Особенности вставления головки и биомеханизма родов, свойственных только форме таза, как один из приспособительных механизмов для преодоления головкой препятствий таза.
- Резковыраженная конфигурация головки.
- Аномалии родовой деятельности.
- Признак Вастена вровень.
- Размер Цангейместера равен наружной конъюгате.
- Выжидательная тактика у первородящих во втором периоде родов до 2-х часов, у повторнородящих-до 1-го часа на момент извлечения плода.

III степень-абсолютное несоответствие:

- Биомеханизм родов несвойственен ни нормальной, ни данной форме таза.
- Отсутствие вставления и продвижения головки.



Резковыраженная конфигурация головки или её отсутствие.



Положительный признак Вастена.



Размер Цангейместера больше наружной конъюгаты.



Симптом прижатия мочевого пузыря.



Бурная родовая деятельность.



Появление преждевременных потуг.



Отёк шейки матки за счёт её ущемления, распространение отёка на наружные половые органы.



Симптомы угрожающего разрыва матки-болезненность нижнего сегмента при пальпации и появление ретракционного кольца.

Операция кесарева сечения в плановом порядке может быть произведена по относительным показаниям при следующих ситуациях у женщин с узким тазом **1** степени:

- 1. Первородящие старше 27 лет.
- 2. Тазовые предлежания.
- 3. Переношенная беременность.
- 4. Неправильные положения плода (косое и поперечное).
- 5. Неблагоприятные вставления головки.
- 6. Выпадение мелких частей плода и пуповины.
- 7. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

- 8. Тяжелые формы ПЭ
- 9 Суб- и декомпенсированная ФПН.
- 10. При категорическом желании женщины иметь живого ребенка, у которой роды закончились мертворождением или рождением плода с обширной внутричерепной травмой.
- 11. По акушерским ситуациям, возникшим в ходе родового акта (аномалия родовой деятельности, гипоксия плода и т.д.).

К плодоразрушающим операциям, чаще всего краниотомии, следует прибегать при наличии:

- 1. Мертвого плода.
- 2. Живой плод, при наличии:
 - а) Врожденного порока развития у плода, несовместимого с жизнью.
 - б) Метроэндометрита у матери в родах;
 - в) Заднего вида лицевого, если головка вколотилась в полость малого таза.

Профилактика анатомического узкого таза.

- 1. Девочки должны расти здоровыми.
- 2. Правильно подобранная, сбалансированная белком, витаминами диета.
- 3. Разумное занятие спортом (спортивная гимнастика, фигурное катание - отрицательно влияет на формирование костей таза).
- 4. Занятие физкультурой до 20 лет.

- Сравнительный анализ функциональных данных девушек и женщин свидетельствует об их увеличении после 17-20 лет, (Демарчук Е.Л.-2004 год) то есть на фоне того, как некоторые морфологические параметры девушек уже близки к дефинитивным, имеется относительная функциональная незрелость организма. Это является обоснованием для продолжения физического воспитания девушек в ВУЗах до 3 курса, о внедрении которого в настоящее время идут дискуссии.
- 5. Своевременное распознавание гормональных нарушений с обязательной последующей их коррекцией.

- На современном этапе развития организма женщины индекс полового диморфизма направлен в сторону андроморфии, что характеризуется высоко достоверным увеличением по отношению к гинекоморфии всех морфологических и абсолютных функциональных показателей, а также данных компонентного состава массы тела.
- С этой точки зрения, абсолютные размеры тела у всех представительниц разных конституционных типов имеют также достоверные отличия и увеличиваются в направлении от гинекоморфии к андроморфии. Относительные размеры таза больше у гинекоморфии, что отражает женский тип пропорций.
- В настоящее время наряду с изменениями физического статуса отмечаются черты маскулинизации и в психических особенностях личности женщины, что оказывает влияние на ее социальный статус.