

Аномалии костного таза.
Клинически узкий таз.
Крупный плод.

Пономарева Т.С. 163-А

РОДЫ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ

- *Крупным* считается плод, масса которого при рождении составляет **4000 г** и более; гигантским — **5000 г**.

Этиология и патогенез

Крупные и гигантские дети чаще всего рождаются у женщин следующих групп:

- Многорожавшие
- Возраст старше 30 лет
- рожавшие в прошлом крупных детей
- женщины с ожирением
- Высокого роста
- с большой прибавкой массы тела во время настоящей беременности с перенашиванием
- страдающие сахарным диабетом.
- Имеет значение и пол ребенка: крупными чаще бывают мальчики.

Течение беременности и родов

- У женщин с крупным или гигантским плодом беременность имеет некоторые особенности.
- У них в 2 раза чаще наблюдаются отеки, ОПГ-гестоз, в 1,5 раза — многоводие и перенашивание.

Осложнения

- первичная и вторичная слабость родовой деятельности
- преждевременное или раннее излитие околоплодных вод

БИОМЕХАНИЗМ

Если роды совершаются через естественные родовые пути, то биомеханизм их напоминает биомеханизм родов при общеравномерносуженном тазе. Вставление головки происходит с запозданием сагиттальным швом в одном из косых размеров входа в малый таз. Затем происходит усиленное сгибание головки, малый (задний) родничок устанавливается точно по проводной оси таза. Крестцовая ротация требует длительного времени, как и внутренний поворот головки. Разгибание головки происходит типично, но также в замедленном темпе. Наружный поворот головки затруднен из-за большого объема плечевого пояса. Рождение плечевого пояса совершается с большим трудом и может сопровождаться переломом ключиц, хотя биомеханизм его обычный: под симфизом фиксируется верхняя часть плеча, рождается задняя ручка, а затем передняя. Даже рождение туловища плода требует определенных усилий.

Ведение беременности и родов

- необходимо четко поставить диагноз и определить точную массу плода, что не всегда легко сделать
- выявлять женщин группы риска, тщательно следят за ростом плода по измерению окружности живота, высоты стояния дна матки, определяя массу плода
- В срок беременности 38 нед. направляют в дородовое отделение акушерского стационара

Плановое кесарево сечение проводится у беременных с крупным плодом при наличии таких неблагоприятных факторов, как тазовое предлежание, рубец на матке, анатомически узкий таз любой степени сужения, перенашивание, хроническая гипоксия плода, тяжелые формы гестоза и экстрагенитальной патологии.

У остальных беременных может планироваться родоразрешение через естественные родовые пути. Однако и у них не исключено абдоминальное родоразрешение, если в процессе родов выявится диспропорция между размерами головки плода и таза матери.

Профилактика

- В женской консультации необходимо выявлять женщин группы высокого риска (особенно с ожирением и сахарным диабетом), следить за обменными процессами на протяжении беременности в условиях специализированного акушерского стационара обязательно госпитализировать за 2 нед. до родоразрешения.

Анатомически узкий таз

- Таз считают **анатомически узким**, если хотя бы один из его размеров уменьшен по сравнению с нормой на **1,5-2 см**. Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты, при её величине менее 11 см таз считается узким. **Клинически (функционально) узким** является таз, при котором выявляется несоответствие между размерами плода и таза роженицы независимо от размеров последнего.

Особенности женского таза в современном акушерстве

1. Практически не встречаются грубо деформированные тазы.
2. Нет женщин, у которых бы таз был с резкой (III-IV) степенью сужения.
3. Изменилось соотношение наиболее часто встречающихся форм таза. За столетие частота простого плоского таза уменьшилась более чем в 10 раз, в то же время чаще стал выявляться поперечносуженный таз.
4. Начали преобладать стертые формы узкого таза, которые выявляются лишь при тщательной оценке внутренней поверхности таза и при специальных методах исследования (рентгенопельвиметрии, МРТ). Это ассимиляционный или "длинный" таз, спондилолистетический, таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза, таз спортсменок.
5. Чаще встречаются крупные размеры плода, в связи с этим возникает необходимость более внимательного подхода к оценке размеров и массы плода.

Классификация

- Классификация, **основанная на оценке формы сужения таза**
- А. Часто встречающиеся формы узкого таза
 - 1) поперечносуженный таз;
 - 2) плоский таз: простой плоский таз - Девентеровский, плоскорахитический, таз с уменьшением прямого размера широкой части полости;
 - 3) общеравномерносуженный таз.
- Б. Редко встречающиеся формы узкого таза
 - 1) кососмещённый и кососуженный таз;
 - 2) таз, суженный экзостозами, костными опухолями вследствие переломов таза со смещением;
 - 3) другие формы таза (ассимиляционный, воронкообразный, кифотический, остеомалатический, спондилолистетический, расщепленный или открытый спереди таз).
 - 4) таз, суженный за счет опухолей яичников, матки, расположенных в полости малого таза частично или полностью.

Классификация анатомически узких тазов по степени сужения А.Ф.

Пальмова

- I степень: истинная конъюгата 10,5-9,1 см
- II степень: 9,0-7,6 см
- III степень: 7,5-6,6 см
- IV степень: менее 6,5 см

Степень сужения поперечно-суженного таза определяют по величине поперечного диаметра плоскости входа в малый таз

- I степень сужения - поперечный размер входа 12,5-11,5 см;
- II степень сужения - поперечный диаметр 11,4-10,5 см;
- III степень сужения - поперечный диаметр входа менее 10,5 см.

Общие объективные данные:

- Для оценки таза вначале производится наружный осмотр женщины в положении стоя. Определяют массу тела и рост женщины, следы перенесенных заболеваний, при которых наблюдаются изменения костей и суставов (рахит, туберкулёз), изучают состояние черепа, позвоночника (сколиоз, кифоз, лордоз и др.), конечностей (укорочение одной ноги), суставов (анкилоз в тазобедренных, коленных и других суставах), походку. Отмечают, не имеет ли живот остроконечную форму у первородящих или отвислую у многорожавших. Большое значение для оценки таза имеет форма крестцового ромба. При нормальных размерах таза его продольный и поперечный размеры равны соответственно 11 и 11 см. Форма крестцового ромба при различных вариантах строения таза бывает различной

- Одним из важных показателей является величина роста женщины. Рост женщины менее 155-160 см даёт основание заподозрить наличие анатомически узкого таза. Антропометрическими маркерами узкого таза кроме роста женщины являются размер обуви менее 36, длина стопы менее 23 см, длина кисти менее 16 см, длина I и III пальцев руки менее 6 и 9 см, соответственно.
- Для оценки толщины костей измеряется окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева Ф.А.) на уровне выступающих мыщелков предплечья: чем меньше индекс, тем тоньше кости и больше емкость таза и наоборот (норма индекса Соловьева 14,5-15 см).
- Основными измерениями таза считается наружная пельвиметрия: *distantia spinarum* (в норме 25-26 см), *distantia cristarum* (в норме 28-29 см), *distantia trochanterica* (в норме 31-32 см) и *conjugata externa* (диаметр Боделока - 20-21 см в норме).
- Для диагностики узкого таза с уменьшением прямого размера широкой части полости следует измерять лонно-крестцовый размер, то есть расстояние от середины симфиза до сочленения II и III крестцовыми позвонками. Для анатомически нормального таза величина этого размера составляет 21,8 см. Измеряется также высота лонного сочленения (расстояние между верхним и нижним краями лонного сочленения), измерение производится тазомером. Симфиз в норме 5,0-6,0 см.
- Ширина симфиза определяется измерением расстояния между паховыми складками по верхнему краю симфиза с помощью сантиметровой ленты. В норме ширина симфиза равна 13,0-13,5 см.
- Поперечный размер выхода таза измеряется сантиметровой лентой при позе Микеладзе (камнесечения) от правой внутренней поверхности седалищного бугра до левой и равен в норме 9 см.
- Прямой размер выхода малого таза (9-11 см) измеряется тазомером, он идет от верхушки копчика до нижнего края симфиза.

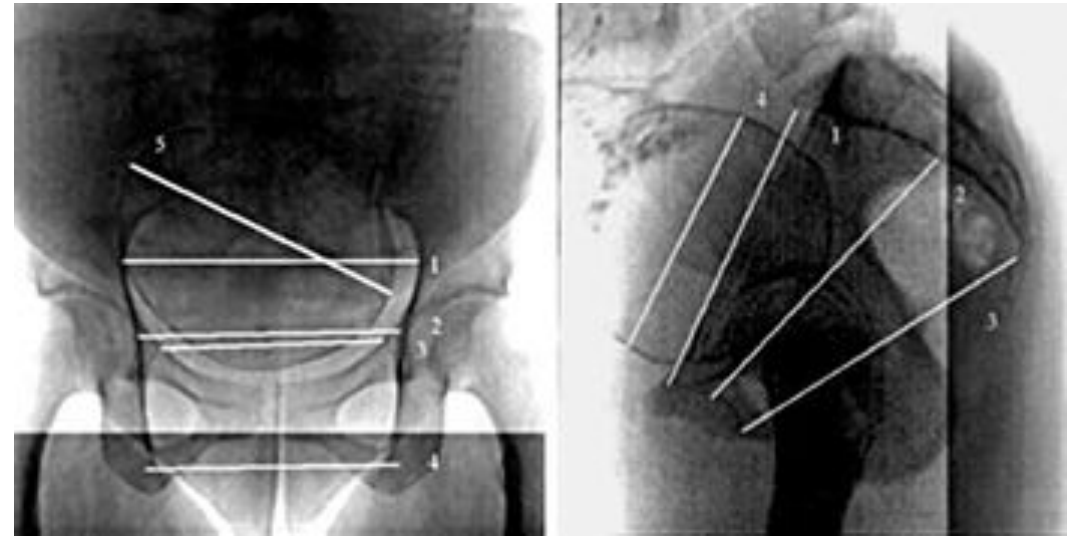
- Дополнительные измерения включают определение боковых конъюгат - расстояний между передне- и задневерхними осями подвздошной кости с каждой стороны (в норме они равны 14-15 см). Уменьшение их до 13 см свидетельствует о сужении таза.
- Уменьшение размеров окружности таза (между вертелами и гребнем подвздошных костей) до 70-75 см, вместо нормальных 85 см, указывает на сужение таза.
- Наличие разницы в уровне стояния лопаток, искажение формы треугольника талии указывает на высокую вероятность кососуженного таза. Для уточнения измеряют косые размеры таза, при этом абсолютные величины косых размеров значения не имеют, так как для асимметрии таза характерна разница между размерами каждой пары измерений более 1,5 см.
- К косым размерам относятся:
 - расстояние между серединой верхнего края симфиза и задними верхними осями подвздошных костей обеих сторон (норма - 17,5 см);
 - расстояние между передней верхней остью подвздошных костей одной стороны и задней верхней остью другой стороны (норма - 21 см);
 - расстояние между остистыми отростками V поясничного позвонка и передней верхней остью позвоночных костей обеих сторон (норма - 18 см);
 - расстояние между передней и задней верхними осями подвздошных костей одноименной стороны (боковая конъюгата Кернера: норма - 14-15 см). Абсолютные величины боковой конъюгаты дают представление о внутренних размерах таза: при плоском тазе они не превышают 13,5 см, при асимметрии таза имеются различия между обеими конъюгатами.
- Важное значение имеет влагалищное исследование. При влагалищном исследовании определяют емкость таза, величину диагональной конъюгаты, достижение терминальных линий, обследуют крестцовую впадину, седалищные ости и бугры, определяют наличие ложного мыса, экзостозов и деформаций малого таза, оценивают величину лонного угла.

Диагноз узкого таза и степень его сужения устанавливают на основании данных антропометрии, формы крестцового ромба Михаэлиса, измерения наружных размеров большого таза, влагалищного исследования, при наличии возможности - лучевых методов исследования (рентгенпельвиометрии, МРТ органов малого таза с измерением его размеров).

Методы лучевой диагностики узкого таза

• Рентгенопельвиметрия

Несмотря на относительно небольшую лучевую нагрузку, тем не менее рентгенологический метод исследования для оценки размеров и формы таза рекомендуется применять или вне беременности или уже в сроке доношенной беременности (38 недель и более)



Показания к рентгенопельвиметрии

- уменьшение размеров большого и малого таза, выявленное при наружном и внутреннем акушерском исследовании;
- крупные размеры плода (4000 г и более);
- осложнения предыдущих родов (затяжные роды, травма плода и новорожденного, наложение акушерских щипцов и т.д.);
- тазовое предлежание плода.

Магнитно-резонансная томография

- Основными показаниями к использованию МР-пельвиметрии и МР-фетометрии являются:
- - Подозрение на анатомически узкий таз.
- - Подозрение на анатомические изменения таза - экзостозы, травмы таза в анамнезе, перенесенные рахит и полиомиелит, врожденный вывих тазобедренных суставов, расхождение лонного сочленения.
- - Крупный плод (более 4000 г).
- - Тазовое предлежание.
- - Наличие рубца на матке.
- - Беременные из группы высокого риска перинатальной патологии, а именно: повторнородящие с осложненным течением и неблагоприятным исходом предыдущих родов; яичников, матки, влагалища, плаценты, костей и суставов таза.

Ультразвуковое исследование

- Ультразвуковое исследование по своей информативности уступает рентгенографическому и магнитно-резонансной томографии, так как оно позволяет при наружном использовании датчика определить только истинную конъюгату, а также место расположения головки плода, ее размеры, особенности вставления, в родах - степень раскрытия маточного зева.
- Весьма информативна при диагностике узкого таза комбинация ультразвукового исследования и рентгенопельвиметрии. Определение плодово-тазового индекса основывается на измерении головки плода при ультразвуковом исследовании и определении окружности входа в таз и в полости таза на основании рентгенопельвиметрии

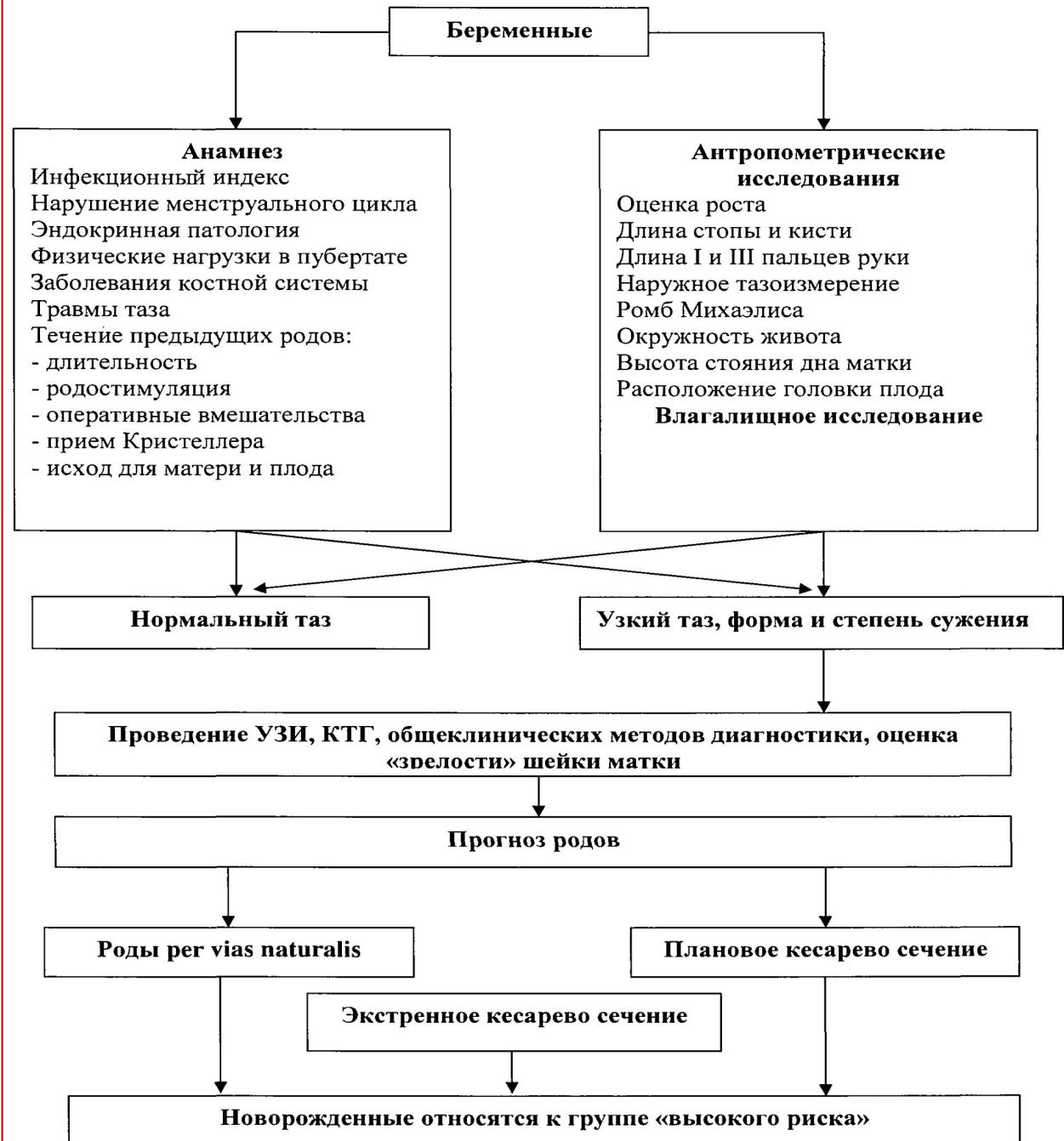


Рис. 2. Алгоритм ведения беременных с анатомически узким тазом.

Клинически узкий таз

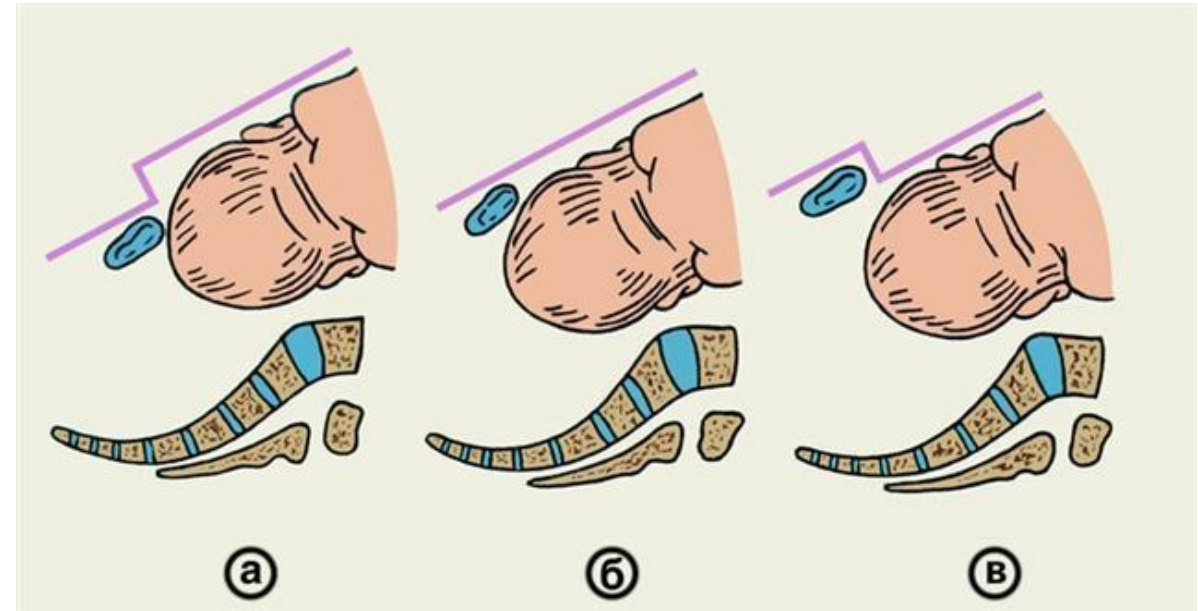
- Понятие клинически узкого таза связано с процессом родов - это несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.
- Наиболее частыми **причинами клинически узкого таза** является анатомическое сужение таза, крупный плод или их сочетание, неблагоприятные предлежания и вставления головки плода: лобное, лицевое или задний вид затылочного предлежания, высокое прямое стояние стреловидного шва, асинклитические вставления, разгибания головки при тазовом предлежании, гидроцефалия.

Диагностические признаки клинически узкого таза

Основными признаками клинически узкого таза являются:

- длительное (более 1 часа) стояние головки в плоскостях малого таза;
- нарушение синхронизации процессов раскрытия шейки матки и продвижения плода;
- выраженная конфигурация головки;
- образование большой родовой опухоли;
- неблагоприятные предлежания и вставления головки: задний вид, разгибательные варианты, асинклитизм, клиновидное вставление, высокое прямое стояние стреловидного шва;
- отсутствие продвижения головки плода при полном раскрытии шейки матки;
- несоответствие механизма родов форме таза; • наличие болезненных схваток;
- беспокойное поведение роженицы;
- появление потуг при головке, расположенной выше, чем в узкой части полости малого таза;
- затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания;
- нарушение сократительной деятельности матки;
- болезненность при пальпации нижнего сегмента;
- гипоксия плода;
- положительный признак Вастена.

- Для определения признака Вастена ладонь располагают на поверхность симфиза и передвигают вверх, на область предлежащей головки. При положительном признаке Вастена передняя поверхность головки находится выше поверхности симфиза или на одном уровне, что указывает на несоответствие между тазом матери и головкой плода.



а — признак Вастена-Генкеля положительный; б — признак Вастена-Генкеля «вровень»; в — признак Вастена-Генкеля отрицательный. Жирной линией обозначена траектория движения руки исследующего.

NB! Несмотря на то, что несоответствие таза матери и головки плода свидетельствует о резком затруднении или невозможности его рождения через естественные родовые пути, которое происходит во втором периоде родов, признаки клинически узкого таза могут появиться уже в конце первого периода родов. К таким признакам относятся неблагоприятные формы вставления головки (задний вид, переднеголовное вставление, прямое стояние стреловидного шва), отек шейки матки, появление потуг при высоко расположенной головке (прижата ко входу в малый таз), чрезмерная конфигурация и отек головки. Во втором периоде родов добавляются признаки: отсутствие продвижения головки, дальнейшее увеличение родовой опухоли, длительное стояние (более 1 часа) головки в одной плоскости. Затем присоединяются остальные.

Классификация клинически узкого

- **Относительное несоответствие (I степень).** При первой степени клинически узкого таза признаками клинического несоответствия считают: вставление головки плода, характерное для данной формы узкого таза, её умеренная конфигурация. У первородящих, кроме того, наблюдается слабость родовой деятельности в конце первого периода родов.
- **Абсолютное несоответствие (II степень).** Диагноз клинически узкого таза второй - третьей степени несоответствия включает следующие диагностические признаки: особенности вставления головки не соответствуют форме таза, имеет место выраженная конфигурация головки, выраженная родовая опухоль на головке плода, появляются потуги при высоко стоящей головке, женщина беспокойна, шейка матки свисает в виде рукава во влагалище, нижний сегмент матки резко болезненный, шейка матки отекает, отсутствует продвижение головки во время схватки при полном раскрытии шейки матки, появляются аномалии родовой деятельности, сукровичные выделения из родовых путей, имеет место гипоксия плода, нарушение мочеиспускания, признак Вастена положительный.

Ведение родов при клинически узком тазе

- **Течение родов при клинически узком тазе** характеризуется большим числом осложнений, среди которых ведущее место занимает несвоевременное излитие околоплодных вод и аномалии родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода.
- Для решения вопроса о срочном абдоминальном родоразрешении при клинически узком тазе достаточно 2-3 признаков абсолютного несоответствия. Все роженицы с клинически узким тазом II степени несоответствия должны быть родоразрешены путем **экстренной операции кесарева сечения**.

- **Проведение кесарева сечения** при клинически узком тазе представляет определенные трудности, особенно при полном раскрытии шейки матки и при низком расположении головки. Во время операции обнаруживается резкое истощение нижнего сегмента матки, иногда - гематома на задней стенке матки. Повышенная кровоточивость требует дополнительного хирургического гемостаза и введения свежезамороженной плазмы при наличии капиллярного кровотечения, коагулопатии, геморрагического синдрома или массивной кровопотере. Может иметь место продление разреза на матке, затрудненное извлечение плода, гипотоническое кровотечение в раннем послеоперационном периоде