УЗКИЙ ТАЗ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

В АКУШЕРСТВЕ СУЩЕСТВУЕТ ДВА ПОНЯТИЯ ОБ УЗКОМ ТАЗЕ

- анатомически узкий таз
- и клинически узкий таз

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Узким принято считать таз, костный скелет которого настолько изменен, что создает препятствия механического порядка для прохождения доношенного плода, особенно его головки. Анатомически узким считают такой таз, один или несколько размеров которого уменьшены на 2 см и более по сравнению с принятой в акушерстве нормой; он формируется в процессе развития женского организма

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Клинически или функционально узким является такой таз, который затрудняет рождение плода (головки) в данных конкретных родах.
- Частота анатомически узкого таза колеблется в широких пределах (от 2,6 до 15-20%), а в последнее десятилетие остается достаточно стабильной: 3,6-4,7%.

- Анатомическое сужение таза не всегда препятствует рождению плода, в то время как несоответствие между размерами таза и головкой плода может наблюдаться при нормальных размерах таза.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ОСНОВА РОСТА И ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗА

- Под действием эстрогенов происходит увеличение поперечных размеров таза и костное созревание, а андрогены определяют костный рост в длину и ускоряют слияние эпифизов костей

ЭТИОЛОГИЯ

- *Наследственность.*
- В антенатальном периоде имеют значение повреждающие факторы (курение, алкоголь, интоксикации во время беременности,инфекции)
- *В детском возрасте* - плохое питание, туберкулез, рахит
- *Новообразований костей, остеомаляции, травмы-* деформация таза у взрослых

ЭТИОЛОГИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- *В период полового созревания* у больных с избыточной продукцией андрогенов можно выделить следующие аномалии формы входа в таз: продольно-овальная, круглая, поперечено-овальная с нормальными или увеличенными прямыми размерами таза. Характерной особенностью этих форм таза является узкая лонная дуга

ЭТИОЛОГИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- *Акселерация* - формирование поперечносуженного таза: за счет бурного роста тела в длину увеличение поперечных размеров происходит недостаточно быстро.
- *Профессиональный спорт.* Чрезмерно интенсивная длительная физическая нагрузка на определенные группы мышц в период развития организма девочки при систематическом занятии одним и тем же видом спорта приводит к изменению нормальных пропорций тела. Частота анатомически узкого таза среди спортсменок составляет 64,1%, она наибольшая у гимнасток (78,3%), лыжниц (71,4%), пловчих (44,4%).

КЛАССИФИКАЦИЯ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (ПО ФОРМЕ СУЖЕНИЯ)

- А. Часто встречающиеся формы таза.
- 1. Общеравномерносуженый таз (40-50%)
- 2. Поперечносуженый таз.
- 3. Плоский: простой плоский таз (37%), плоскорахитический таз, таз с уменьшением широкой части полости.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (ПО ФОРМЕ СУЖЕНИЯ)

- Б. Редко встречающиеся формы таза.
- 1. Кососмещенный (асимметрический).
- 2. Таз, суженный экзостозами, опухолями.
- 3. Общесуженный плоский таз.
- 4. Другие формы узкого таза.

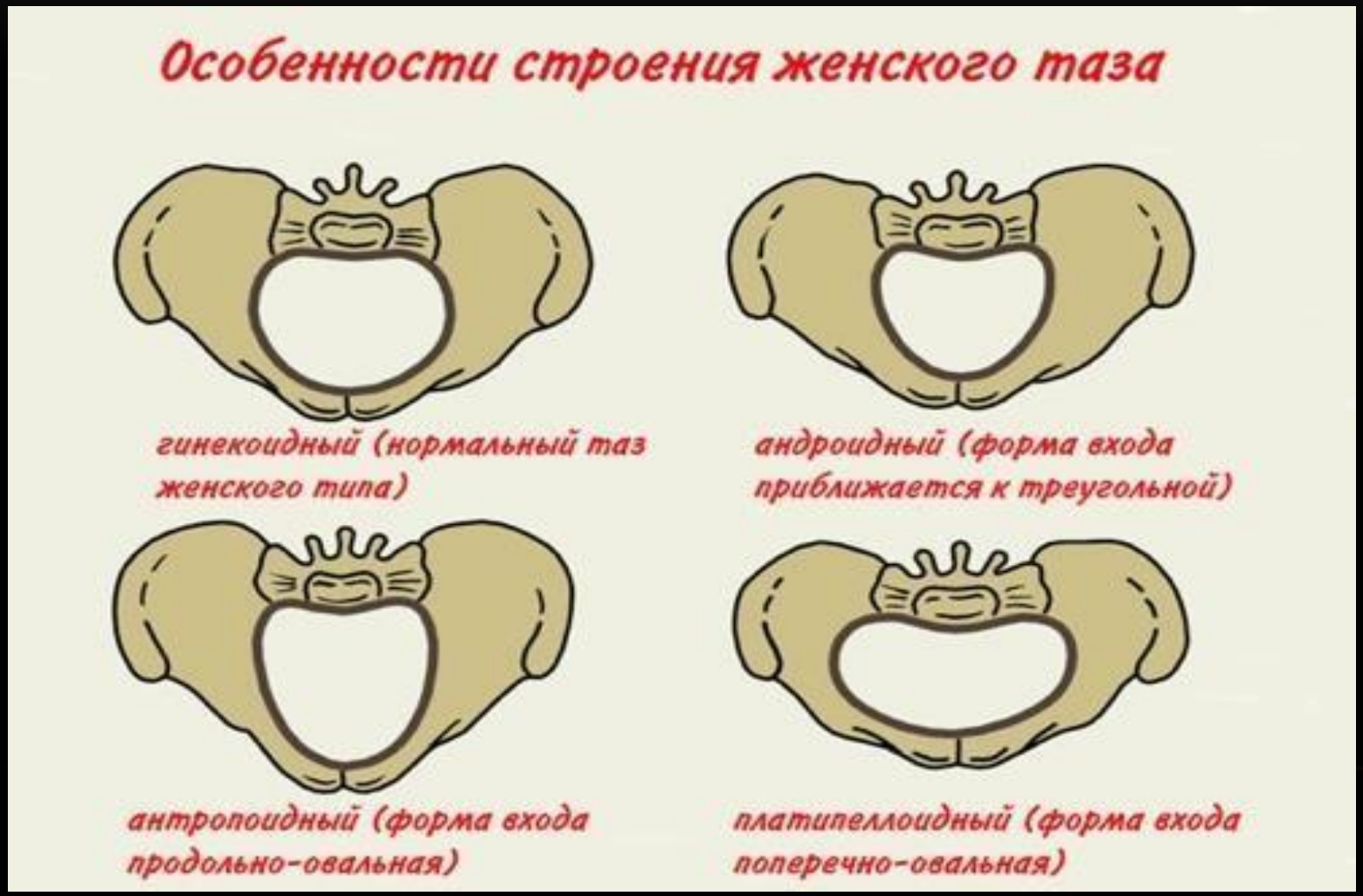
КЛАССИФИКАЦИЯ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (ПО СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ)

- **0 степени сужения таза, как правило, судят по величине истинной конъюгаты.**
- 1 степень - *c.vera* не менее 9 см.
- II степень - *c.vera* от 9 до 7 см.
- III степень - *c.vera* от 7 до 5 см.
- IV степень - *c.vera* 5 см и менее.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (ПО СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ)

- При поперечносуженном тазе:
- I степень - поперечный размер входа 12,4-11,5 см;
- II степень - поперечный размер входа 11,5-10,5 см;
- III степень - поперечный размер входа менее 10,5 см.
- *Сужение I степени наблюдается в 90-91%, II степени - в 8-9%, III степени - в 0,2-0,3%.*

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТИПА ТАЗА



КЛАССИФИКАЦИЯ

- **Гинекоидный тип** (55% всех тазов) соответствует нормальному женскому тазу. Это короткий, широкий и емкий таз. Лонная дуга широкая, наклон средний, кривизна крестца выражена. Телосложение женское, шея и талия тонкие, бедра широкие, масса и рост средние.

КЛАССИФИКАЦИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Андроидный тип** (20% всех тазов) - мужской таз. Отмечается клиновидная форма входа, узкий лонный угол, крестец недостаточно изогнут, отклонен кпереди. Таз воронкообразно сужается книзу. Отмечается мужской тип телосложения женщины: широкие плечи, толстая шея, талия не выражена. При данной форме таза наблюдается наибольшее количество патологии.

КЛАССИФИКАЦИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Антропоидный тип** (20-22% всех тазов) напоминает таз человекообразных обезьян. Форма полости удлиненно-овальная, крестец узкий и длинный, лонная дуга узкая. Особенности телосложения таких женщин: высокий рост, сухощавость, плечи широкие, талия и бедра узкие, ноги длинные, тонкие.

КЛАССИФИКАЦИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Платипеллоидный тип** напоминает простой плоский таз (3% всех тазов). Форма входа в таз поперечно-овальная, наклон крестца средний, лонная дуга широкая. Этот тип встречается у высоких худых женщин со слаборазвитой мускулатурой, сниженным тургором кожи.

ДИАГНОСТИКА АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

- *данные анамнеза*, в первую очередь – информация об инфекционных заболеваниях, способствующих задержке развития организма девочки, возникновению инфантилизма и формированию узкого таза. Следует выяснить, не перенесла ли беременная в детстве рахит, туберкулез костей таза и суставов, травму костей таза и нижних конечностей с последующей хромотой.

ДИАГНОСТИКА АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- *сведения о предшествующих родах* (длительность родов, слабость родовой деятельности, оперативные вмешательства, травмы плода и матери, масса тела новорожденных, состояние здоровья детей в дальнейшем).

ДИАГНОСТИКА АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- *объективные методы исследования.*
- При осмотре оценивают общее физическое развитие беременной, определяют ее рост и массу тела, изменения со стороны скелета. Обращают внимание на форму живота: при узком тазе он имеет остроконечную форму у первородящих и становится отвислым у повторнородящих.

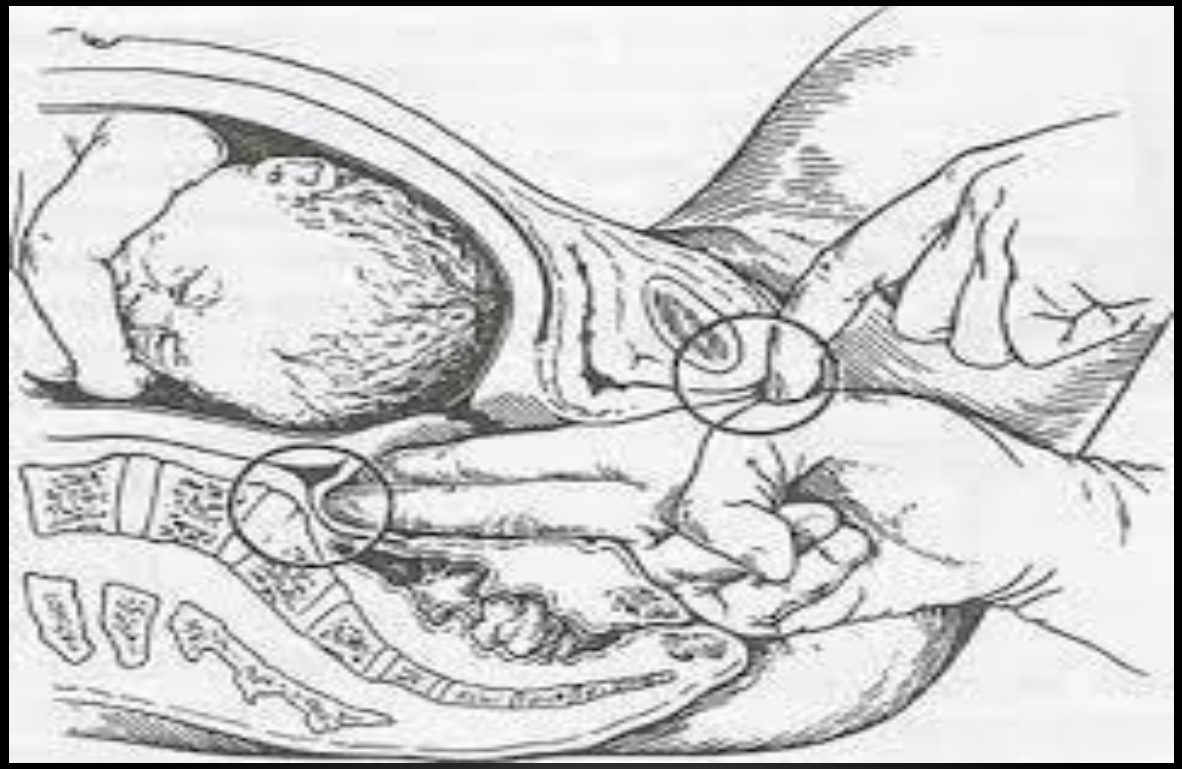
ДИАГНОСТИКА АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- Основным методом диагностики узкого таза в практическом акушерстве является наружная пельвиометрия:
- - d. spinarum- (25-26 см норма)
- - d. cristarum (28-29 см)
- - d. trochanterica (30-31 см)
- - conjugata externa (21 см)
- Описание толщины костей, устанавливают путём измерения индекса Соловьёва. Ориентироваться в данном случае предлагается на норму показателя в 14 см. Предполагается, что таз у женщины, по индексу Соловьёва, у которой превышает 14 см., скорее всего, окажется узок.

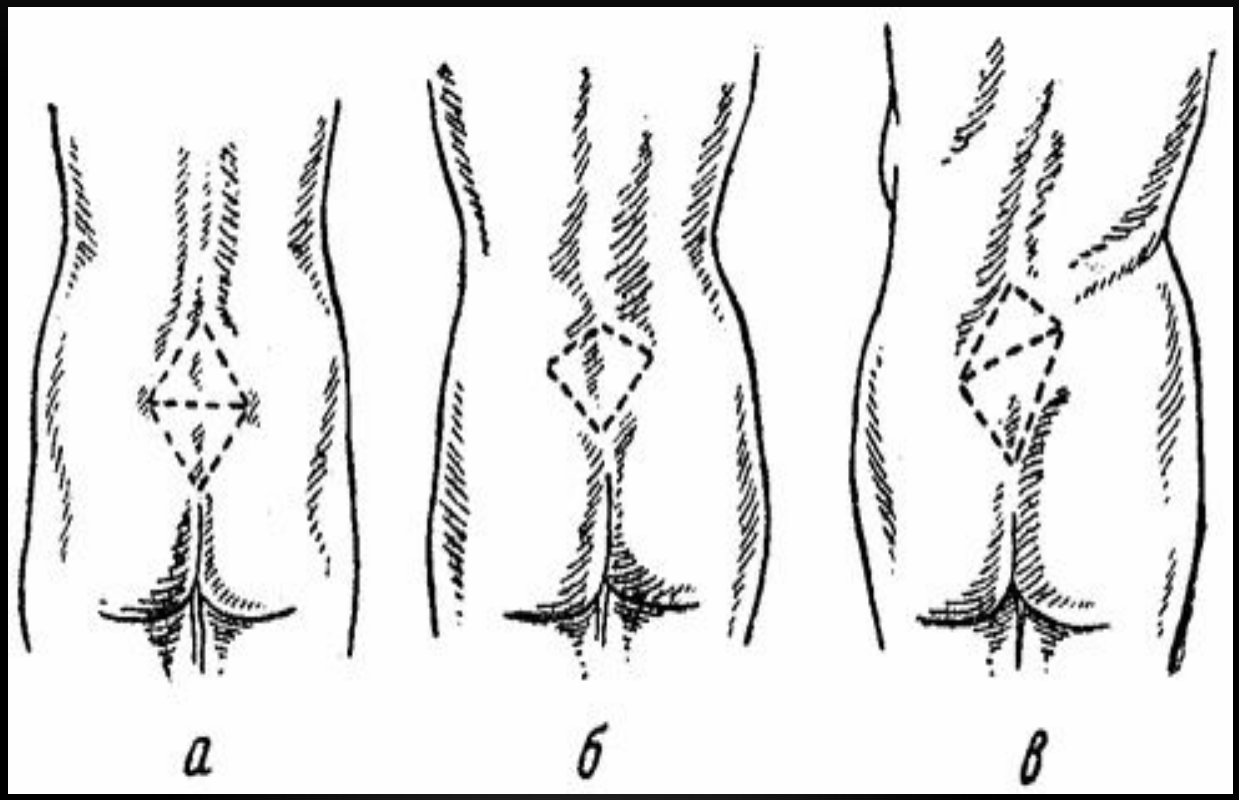
ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА РАССЧИТЫВАЕТСЯ:

- • по диагональной конъюгате (-1,5-2 см);
- • по наружной конъюгате (-10 см);
- • по вертикальному размеру ромба Михаэлиса;
- • по размеру Франка (расстояние от остистого отростка VII шейного позвонка до середины яремной вырезки);
- • с помощью рентгенопельвиометрии;
- • по данным УЗИ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОНЪЮГАТЫ



РОМБ МИХАЭЛИСА (НОРМАЛЬНЫЙ, ПЛОСКИЙ, КОСОСМЕЩЕННЫЙ ТАЗ)



ХАРАКТЕРИСТИКА СУЖЕНИЙ ТАЗА

- **Общеравномерносуженный таз.** Характеризуется равномерным сужением всех размеров, например: 23-26-29-18 см, крестцовый ромб правильной формы со сторонами по 9 см. Индекс Соловьева - 13 см. Таз имеет типичные черты женского таза с уменьшенными размерами. И.Ф. Жорданиа различает несколько разновидностей такого таза: гипопластический, детский, мужской и таз карлиц.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУЖЕНИЙ ТАЗА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Поперечносуженный таз** характеризуется уменьшением поперечных размеров малого таза при нормальных или увеличенных прямых размерах. Крестец часто уплощен. Выявление такого таза обычными методами затруднено. Однако у него есть ряд анатомических особенностей: крутое стояние крыльев подвздошных костей, узкая лонная дуга, сближение седалищных остей, высокое стояние мыса, уменьшение поперечного размера выхода таза и поперечного размера крестцового ромба.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУЖЕНИЙ ТАЗА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Простой плоский таз** характеризуется широкой лонной дугой; более глубоким вдвиганием крестца; все прямые размеры как входа, полости, так и выхода умеренно укорочены; размеры таза: 25-28-31-18(17) см.
- Выявлены следующие варианты таза.
- 1. С увеличением всех прямых размеров (55%).
- 2. С уменьшением прямого диаметра широкой части полости таза
- (28,5%).
- 3. С увеличением только прямого размера входа (16,5%). Эта форма чаще всего обусловливает клинически узкий таз.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУЖЕНИЙ ТАЗА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Плоскорахитический таз** является следствием перенесенного рахита. прямой размер входа в таз резко укорочен
- мыс выступает в полость таза значительно резче, чем в норме. Копчик клювовидно загнут кпереди.
- Изменена и форма подвздошных костей: крылья их слабо развиты, гребни развернуты, вследствие чего дистанции *Spinarum* и *Cristarum* почти равны.
- Прямой размер входа увеличен, поперечный нормальный. Таз уширен, укорочен, уплощен, утончен. Его размеры: 26-27-31-17 см. Крестцовый ромб - с уменьшенным вертикальным размером, может напоминать треугольник.

ХАРАКТЕРИСТИКА СУЖЕНИЙ ТАЗА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Общесуженный плоский таз** представляет собой комбинацию общеравномерносуженного и плоского таза, встречается редко. Размеры 23-26-29-16 см.

ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- преждевременное излитие вод;
- неправильное положение плода;
- гипоксия плода;
- выпадение мелких частей плода.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С УЗКИМ ТАЗОМ

- Беременные с узким тазом должны находиться на специальном учете в женской консультации,
- за 1-2 нед до предполагаемого срока родов их следует госпитализировать в отделение патологии беременных для уточнения массы плода, размеров таза. Вырабатывается план ведения родов, уточняются возможные пути родоразрешения. Крайне нежелательным является перенашивание беременности. При наличии узкого таза у беременной и других осложнений (возраст, перенашивание беременности, тазовое предлежание плода и др.) может быть произведено родоразрешение путем планового кесарева сечения.

ТЕЧЕНИЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ I ПЕРИОДА РОДОВ

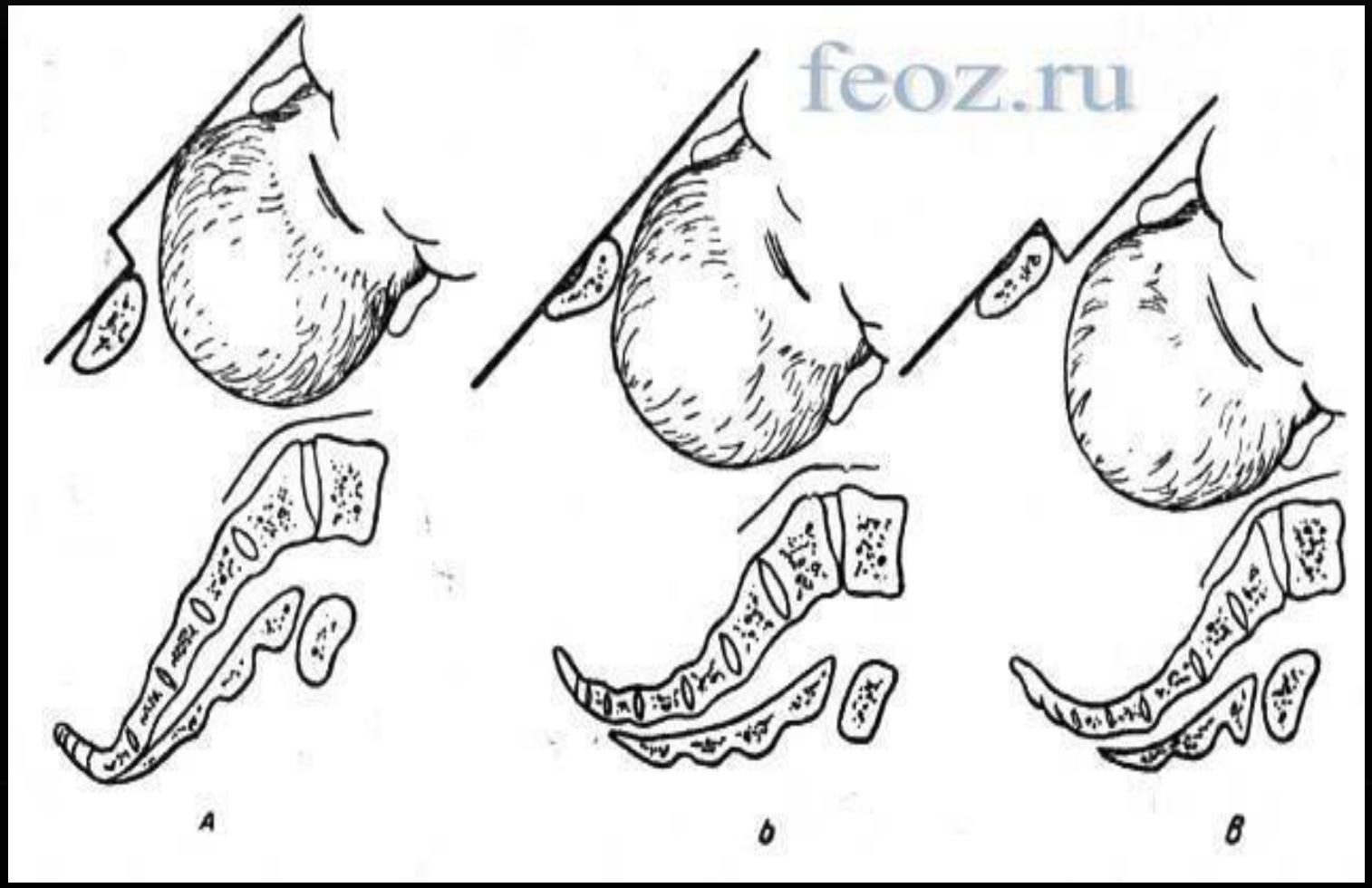
- В I периоде родов основным осложнением является слабость родовой деятельности (в 10-37,7% случаев).
- Второе довольно частое осложнение - раннее излитие вод, которое может повлечь за собой выпадение пуповины, мелких частей плода.
- При затяжном течении родов с длительным безводным промежутком значительно возрастает опасность развития эндометрита, хориоамнионита, восходящего инфицирования плода.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

- По какому варианту будут протекать роды, часто **можно решить лишь в ходе самих родов, т.е. при проведении функциональной оценки таза**. Поэтому роды ведутся выжидательно до тех пор, пока не выявятся признаки клинически узкого таза.

- О степени несоответствия головки и таза матери судят по следующему признаку: отсутствие поступательного движения плода по родовым путям (вставления головки в таз) при хорошей родовой деятельности. Несоответствие головки плода и таза матери может быть выявлено с помощью метода Вастена (В.А. Вастен - русский ученый).

ВАСТЕН



ПРИЧИНЫ НЕСООТВЕТСТВИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА И ТАЗА РОЖЕНИЦЫ

- 1. Небольшая степень сужения таза и крупный плод (60%).
- 2. Неправильное вставление головки - высокое прямое стояние стреловидного шва, переднеголовное или лобное вставление (23%).
- 3. Крупные размеры плода при нормальных размерах таза (10%).
- 4. Редкие анатомические изменения таза - посттравматические изменения, опухоли (7%).
- 5. Недостаточная конфигурация головки при переношенной беременности.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ

- 1. 1-й момент - сгибание головки происходит в плоскости входа в таз, ибо она для головки уже является первым препятствием. Малый родничок становится ниже большого.
- 2. 2-й момент - максимальное сгибание происходит при переходе из широкой части полости таза в узкую (там, где в норме проходит сгибание).
- 3. Как мера приспособления головки к суженному тазу в родах происходит резкая конфигурация головки - образуется долихоцефалическая головка (огурцевидной формы).
- 4. 3-й момент биомеханизма родов - внутренний поворот головки начинается в плоскости узкой части и завершается в выходе таза врезыванием головки;

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА ПРИ ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ

- • Асинклитическое вставление головки в один из косых размеров плоскости входа малого таза, а при увеличенных прямых размерах таза головка вставляется стреловидным швом в прямой размер входа в малый таз, что называют высоким прямым стоянием стреловидного шва.
- • Далее головка сгибается и проходит все плоскости таза без ротации и рождается в переднем виде затылочного предлежания.
- При сочетании поперечного сужения таза с увеличением истинной конъюгаты нередко образуется высокое прямое стояние головки, что является мерой приспособления головки к тазу. При наличии соответствия головки и таза биомеханизм родов складывается из следующих моментов: 1) сгибание головки во входе в таз; 2) разгибание головки в выходе таза, т.е. нет внутреннего по-
- ворота; 3) внутренний поворот плечиков, рождение плода.
- При несоответствии головки определяют клинически узкий таз.

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПРОСТОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ

- Длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа малого таза в состоянии умеренного разгибания, стреловидный шов может располагаться асинклитически. Чаще наблюдается переднетеменной асинклитизм.
- В полости малого таза из-за уменьшенных прямых размеров его плоскостей ротация головки не происходит и может возникнуть так называемое низкое поперечное стояние стреловидного шва.

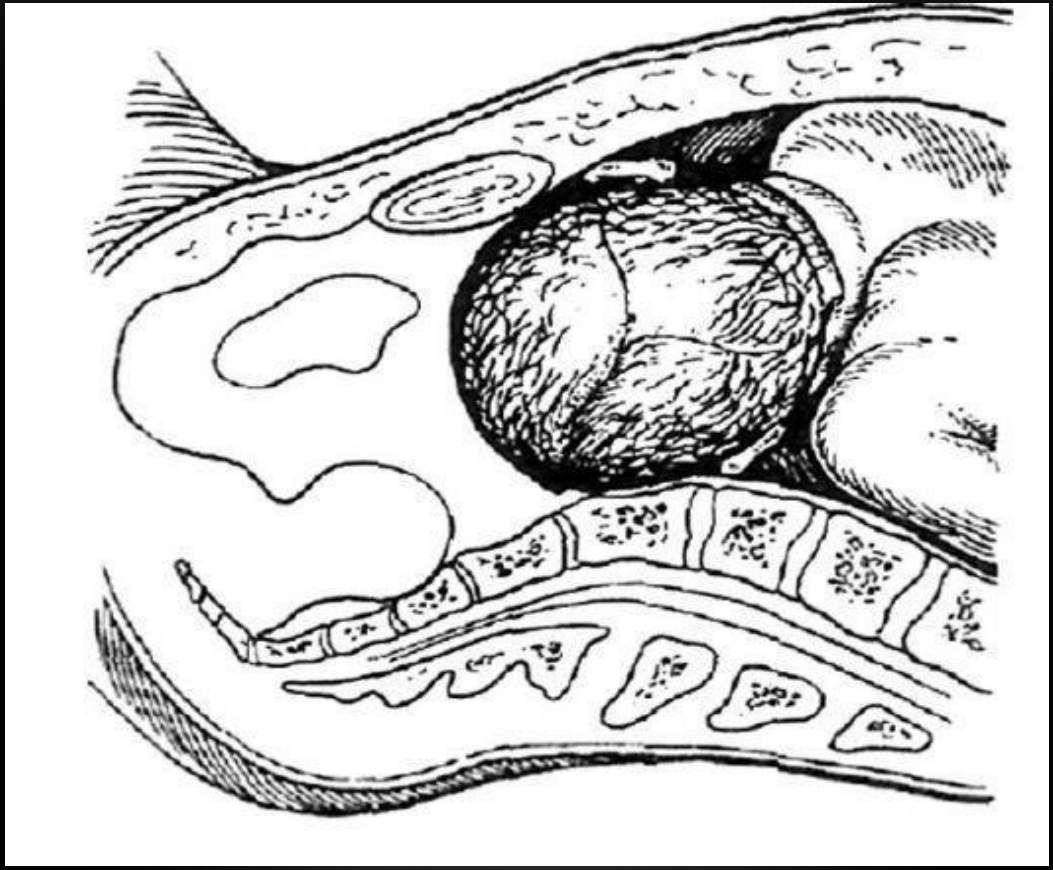
ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЛОСКОРАХИТИЧНОМ ТАЗЕ

- Долгое высокое поперечное стояние стреловидного шва
- Опускание большого родничка (разгибание головки)
- Переднеголовное вставление (асинклитизм негеле)
- могут наблюдаться «штурмовые», стремительные роды
- Ввиду длительного стояния головки и наличия препятствий происходит резкая конфигурация головки с образованием родовой опухоли в области большого родничка (брахицефалическая, или башенная, головка), а при асинклитизме - на одной из теменных костей

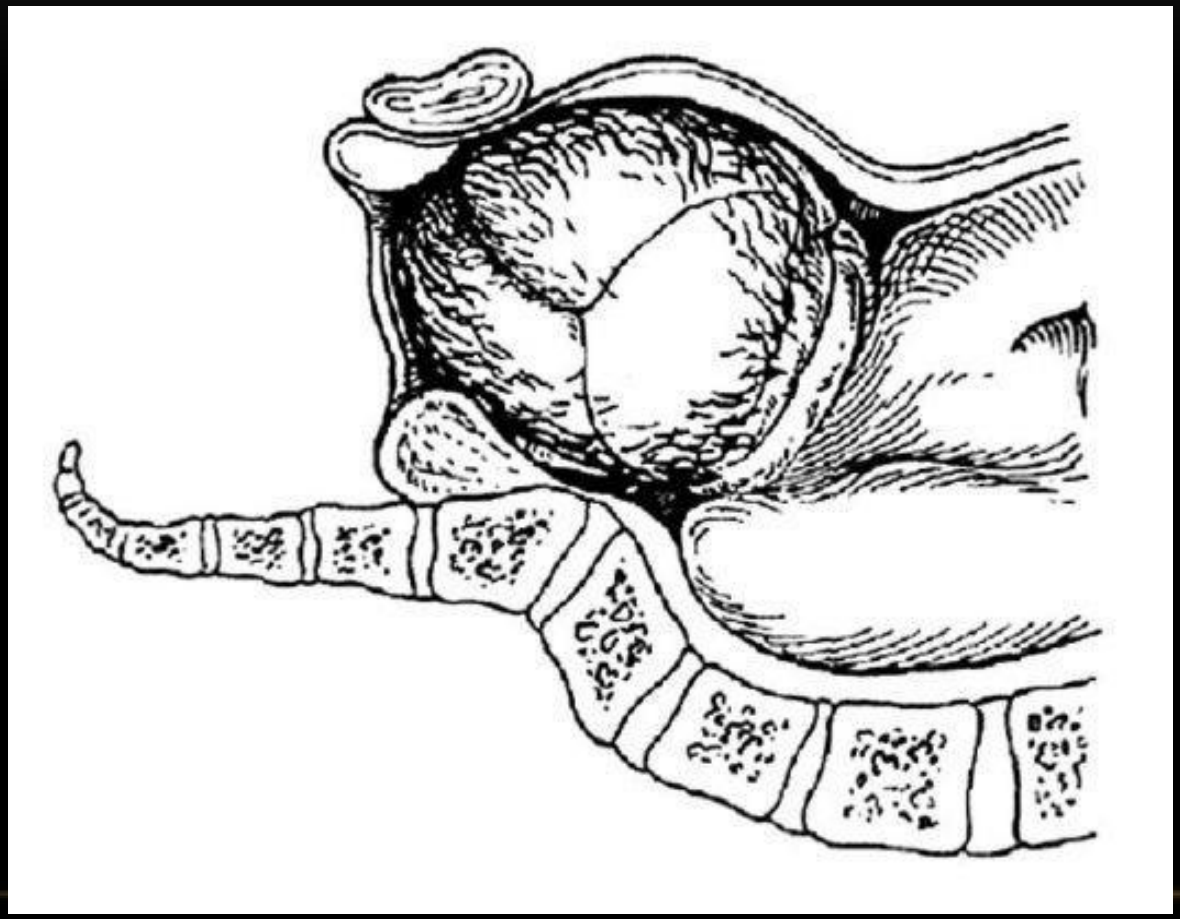
ВАРИАНТЫ ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ ПРИ ПЛОСКОРАХИТИЧНОМ ТАЗЕ.

- 1. Синклитическое вставление головки.
- 2. Асинклитическое вставление головки.
- А. Переднетеменной (негелевский) асинклитизм - сагиттальный шов расположен ближе к мысу, вставляется переднетеменная кость
- Б. Заднетеменной (лицмановский) асинклитизм - сагиттальный шов расположен ближе к симфизу

НЕГЕЛЕВСКИЙ (ПЕРЕДНЕТЕМЕННОЙ) АСИНКЛИТИЗМ



ЛИЦМАНОВСКИЙ (ЗАДНЕТЕМЕННОЙ) АСИНКЛИТИЗМ



ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ

-слабость родовой деятельности (вторичная);

-разрыв матки в нижнем сегменте при его перерастяжении на фоне несоответствия головки и таза и сильной родовой деятельности;

-возможное при длительном стоянии головки в одной плоскости таза ущемление мягких тканей с последующим образованием мочеполовых и кишечно-половых свищей;

-травмы сочленений и нервов таза.

-Травмы плода

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

- К клинически узкому тазу следует относить все случаи несоответствия между головкой плода и тазом роженицы независимо от его размеров. Если в последние годы отмечено снижение частоты встречаемости анатомически узкого таза, особенно выраженных степеней сужения, то частота клинически узкого таза довольно стабильна и составляет 1,3-1,7% случаев. Это связано с увеличением числа родов крупным плодом.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА:

- •длительное стояние головки плода в одной плоскости и отсутствие продвижения во II периоде родов;
- •выраженная конфигурация головки и родовая опухоль;
- •отек шейки матки, наружных половых органов, слизистой влагалища;
- •перерастяжение нижнего сегмента и высокое стояние контракционного кольца;
- •положительные признаки Вастена, Цангемейстера (только при переднем виде!);
- •непроизвольная потужная деятельность и появление симптомов угрожающего разрыва матки.

ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ВОЗМОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПРИ:

- • открытии шейки матки более 8 см;
- • отсутствии плодного пузыря;
- • опорожненном мочевом пузыре;
- • нормальной сократительной деятельности матки.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЛАНОВОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

- 1. Сужение таза III-IV степени.
- 2. Сужение таза I и II степени в сочетании с крупным плодом, тазовым предлежанием, перенашиванием беременности.
- 3. Отягощенный акушерский анамнез: мертворождение в анамнезе, бесплодие.
- 4. Рубец на матке.
- 5. Наличие мочеполовых и кишечно-половых свищей.
- 6. Неправильное положение плода.

КРУПНЫЙ ПЛОД

- Плод считают крупным, если его масса превышает 4000 г, и гигантским, если масса превышает 5000 г.
- В середине XX в. крупные плоды встречались в 8,8% всех родов, а гигантские — 1:3000 родов. В последние десятилетия отмечена тенденция к увеличению массы тела новорождённых. Частота крупных плодов в настоящее время составляет 10% и более.

ГРУППА РИСКА КРУПНОГО ПЛОДА

- ·многорожавшие женщины старше 30 лет;
  ·женщины, имевшие до родов массу тела более 70 кг и рост более 170 см;
  ·беременные с прибавкой в массе тела более 15 кг;
  ·больные СД;
  ·беременные с перенашиванием;
  ·предшествующим рождением крупного плода.

ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ КРУПНОГО ПЛОДА

- — неправильное питание матери. Большое число крупных детей рождается у многорожавших женщин, находящихся в состоянии предиабета, страдающих СД или ожирением.
- Известно, что при ожирении I степени крупный плод диагностируют у 28,5% женщин, при II степени — у 32,9%, при III степени — у 35,5%.
- Основной этиологический фактор формирования макросомии у плода при ожирении — избыточное и нерациональное питание беременной, нарушение белкового, липидного и углеводного обмена у плода, внутриутробное поражение печени и поджелудочной железы, развитие метаболического ацидоза и гипоксии плода с одновременной активацией компенсаторно-приспособительных реакций в плаценте. Отягощающее обстоятельство — использование во время беременности лекарственных препаратов с анаболическим действием (гестагены, оротовая кислота, инозин, кортикостероиды, глюкоза и т.д.).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

- в антенатальный период диагноз основан на данных измерения ВДМ, окружности живота, головки плода, пальпации и на вычислении предполагаемой массы тела плода. Наиболее вероятные признаки крупного плода — значительное увеличение размеров матки; ВДМ превышает 42 см.
- Заслуживают внимания рост, масса тела и сложение родственников, особенно мужа.
- Наиболее точным методом диагностики крупного плода считают УЗИ. Наиболее важные показатели фетометрии — величина бипариетального размера головки, окружность живота, длина бедренной кости плода, отношение длины бедренной кости к окружности живота.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- Дифференциальную диагностику проводят с многоводием, многоплодием, опухолями органов брюшной полости.
- Течение беременности при крупном плоде почти не отличается от физиологического. Возможно развитие синдрома сдавления нижней полой вены и нарушение функции ЖКТ.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

- ***Осложнения.***
- первичная и вторичная слабость родовой деятельности,
- преждевременное и раннее излитие ОВ, большая длительность родов.
- Повреждение лобкового симфиза
- В последовом и раннем послеродовом периоде чаще возникают гипотонические кровотечения. В процессе родов возможно выявление несоответствия между размерами головки плода и таза матери, т.е. развитие функционально узкого таза
- После рождения головки нередко возникают затруднения при выведении плечевого пояса (дистоция плечиков) Роды крупным плодом характеризует большая частота травматизма матери и плода.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- ·Полное обследование для дифференциальной диагностики с многоводием и многоплодием.
  ·Определение предполагаемой массы тела плода по формулам и результатам УЗИ.
  ·Глюкозо-толерантный тест для исключения СД, организовать консультацию эндокринолога.
  ·Соблюдение беременной рациональной диеты (по принципу ведения беременных с ожирением).
  ·Лечебная гимнастика.
  ·Ограничение применения лекарственных средств с анаболическим действием.

ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ КС:

- ·крупный плод и тазовое предлежание;
  ·крупный плод и переношенная беременность;
  ·крупный плод и любая форма и степень сужения анатомически узкого таза;
  ·крупный плод и миома (или пороки развития матки);
  ·крупный плод и экстрагенитальные заболевания, предусматривающие укорочение второго периода родов;
  ·крупный плод и отягощённый акушерский анамнез (мертворождение, невынашивание, бесплодие с использованием вспомогательных репродуктивных технологий).

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ

- ·мониторный контроль состояния плода и сократительной деятельности матки;
  ·ведение партограммы;
  ·повторная пельвиметрия, дополнительные измерения таза и уточнение размеров плода;
  ·своевременное введение обезболивающих средств и спазмолитиков;
  ·внутривенное введение утеротонических средств для профилактики слабости потуг;
  ·своевременная диагностика функционально узкого таза (приём Вастена и Цангемейстера);
  ·профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде.
- При выявлении аномалий родовой деятельности, несоответствия размеров головки с тазом матери, гипоксии плода роды следует закончить экстренной операцией КС. При интранатальной гибели плода выполняют краниотомию.

- Спасибо за внимание