

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»**

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

**Аномалии костного таза.
Клинически узкий таз .
Крупный плод.**

**Выполнила
Студентка 5 курса
1-го мед.факультета
163(1) группы
Кордовская Е.А.
Преподаватель: и.о. зав.каф.
Румянцева З.С.**

АНАТОМИЧЕСКИЙ УЗКИЙ ТАЗ

Определение

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.

Рациональное ведение родов при узком тазе относится к наиболее трудным разделам практического акушерства. Это связано, с одной стороны, с преобладанием в современных условиях определенных форм анатомически узкого таза и, с другой стороны, с недостаточным вниманием практикующих врачей к возникновению в процессе родов признаков функционально узкого таза.

Классификация

Классификация, основанная на оценке **формы сужения таза:**

А. Часто встречающиеся формы узкого таза

- 1) поперечносуженный таз (45,2%);
- 2) плоский таз: простой плоский таз - Девентеровский (13,6%), плоскорихитический (6,5%), таз с уменьшением прямого размера широкой части полости (21,8%);
- 3) общеравномерносуженный таз (8,5%).

Б. Редко встречающиеся формы узкого таза (4,4%)

- 1) кососмещённый и кососуженный таз;
- 2) таз, суженный экзостозами, костными опухолями вследствие переломов таза со смещением;
- 3) другие формы таза (ассимиляционный, воронкообразный, кифотический, остеомалятический, 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 (96,8%);

II степень: 9,0-7,6 см (3,18%);

III степень: 7,5-6,6 см (0,02%);

IV степень: менее 6,5 см (0,0%).

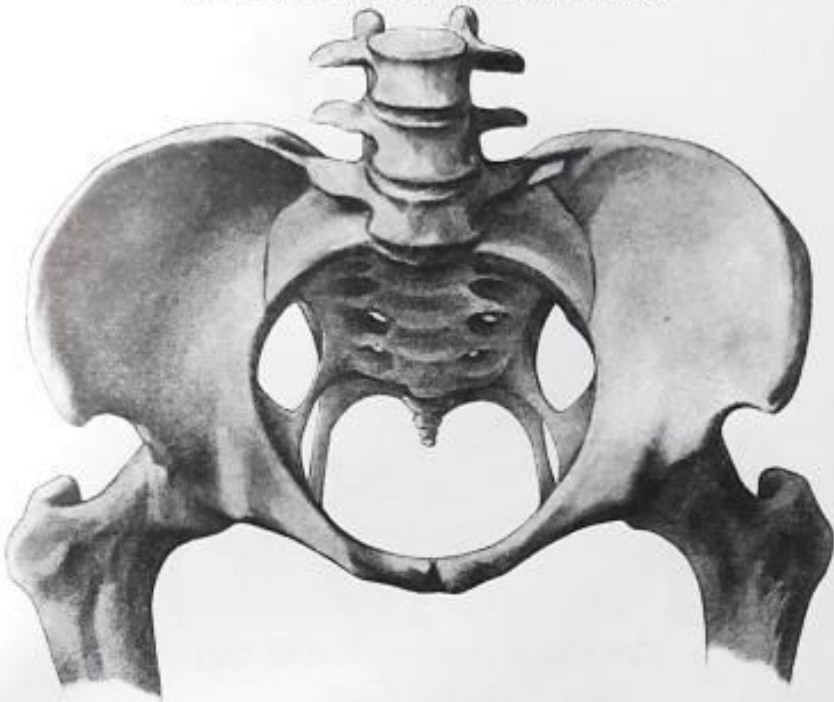
Степень сужения поперечно-суженного таза определяют по величине поперечного диаметра плоскости входа в малый таз :

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.

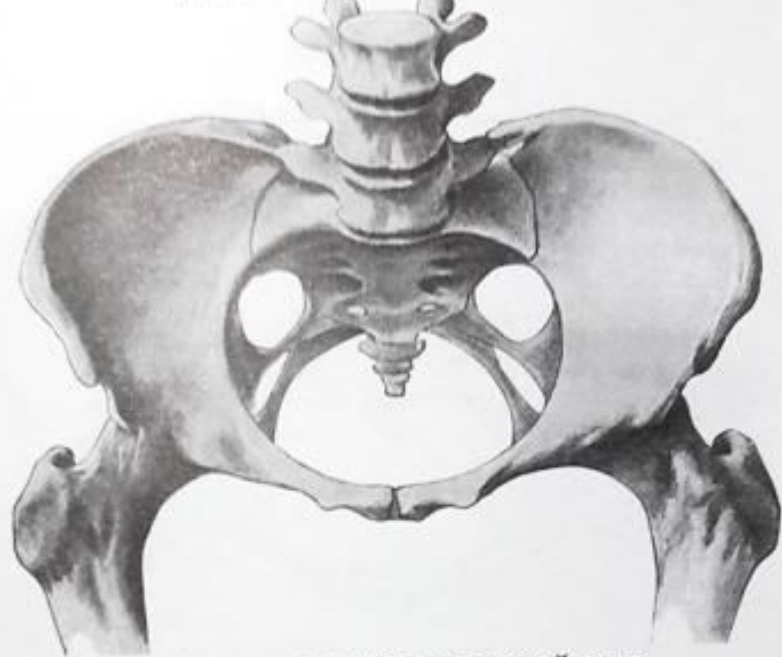
НОРМАЛЬНЫЙ ЖЕНСКИЙ ТАЗ



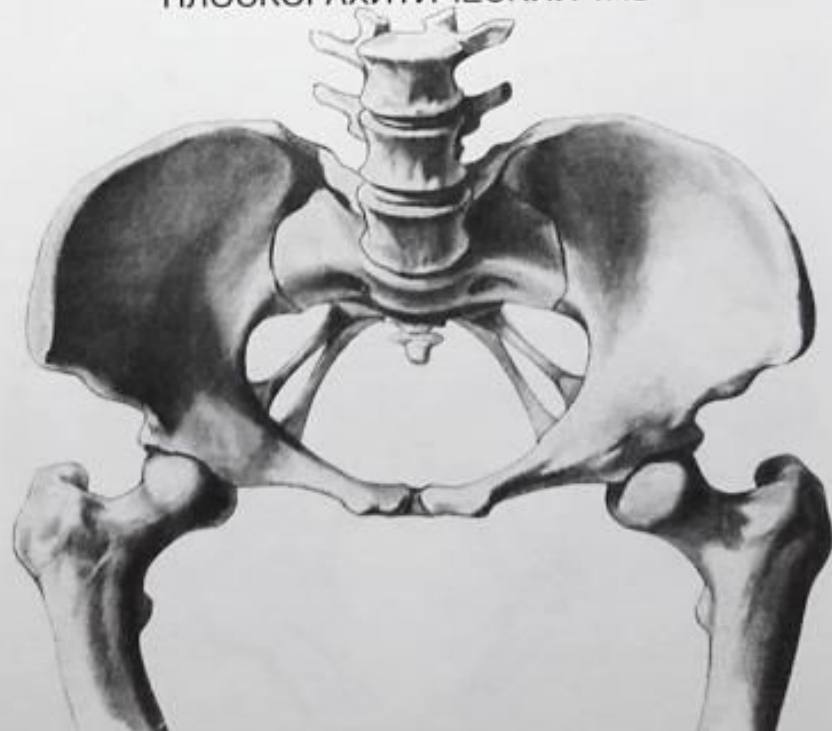
ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ



ПРОСТОЙ ПЛОСКИЙ ТАЗ



ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКИЙ ТАЗ



**Анамнез общий
и специальный**

Общий анамнез: фиксировать внимание начиная с антенатального периода развития (нарушении обмена веществ между матерью и плодом, особенно минерального, дефиците витаминов, несовершенном остеогенезе).

Специальный анамнез включает: начало и характер менструаций, течение и исход предыдущих беременностей и родов, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, кесарево сечение), мертворождение, черепно-мозговые травмы у новорожденных, нарушение неврологического статуса в раннем неонатальном периоде, раннюю детскую смертность, нарушения дальнейшего развития.

**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.

**Общие
объективные
данные**

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 маркёрами 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.

**Общие
объективные
данные**

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 мышечков 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).

Индекс Соловьева



Измерение ширины ладони в сантиметрах

Общие объективные данные

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 остями подвздошной кости с каждой стороны (в норме они равны 14-15 см). Уменьшение их до 13 см свидетельствует о сужении таза.

Биомеханизм родов

Биомеханизм родов при поперечносуженном тазе

может происходить так же, как и при нормальных размерах таза. Если же прямые диаметры превышают поперечные, то:

- 1) головка, сгибаясь, вступает во вход в малый таз стреловидным швом в прямом размере и делает поступательное движение до плоскости выхода. Преодолению препятствия при сужении поперечного диаметра входа в таз способствует также вставление головки в косом размере с асинклитическим расположением стреловидного шва и опусканием чаще задней теменной кости;
- 2) в большинстве наблюдений в родах имеет место разрыв промежности, так как острый лонный угол формирует две точки гипомохлеона на лонных костях, что требует своевременно и правильно выполненной правосторонней срединно-латеральной перинеотомии. Родовая опухоль на головке новорожденного располагается в области стреловидного шва, смещаясь больше на одну из теменных костей, и делает её асимметричной.

NB! Роды при поперечносуженном тазе могут закончиться *per vias naturales* только в случае переднего вида предлежания плода. Задний вид при поперечносуженном тазе формирует клиническое несоответствие II степени.

Особенностями механизма родов при простом плоском тазе

- 1) разгибание головки и длительное ее стояние над входом в таз стреловидным швом в поперечном размере;
- 2) головка конфигурируется и вставляется во вход в таз одной из теменных костей, т. е. происходит асинклитическое вставление;
- 3) чаще всего головка не совершает внутреннего поворота и стреловидный шов во всех плоскостях таза проходит в поперечном размере, на тазовом дне возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва.

При ведении родов следует помнить, что головке легче преодолеть препятствие во входе в малый таз, если роженицу уложить на сторону, противоположную позиции плода (это способствует разгибанию головки). При полном раскрытии маточного зева и излитии околоплодные вод во втором периоде родов пациентке придают позу Микеладзе (при положении роженицы на спине привести согнутые колени к животу, широко раздвинув бедра), если в таз опускается заднетеменная кость, при этом передняя теменная кость легче соскальзывает с лона.

Если же опускается переднетеменная кость, женщину во втором периоде родов на 30 минут следует уложить в положение Вальхера (положение роженицы на спине, на краю кровати, со спущенными, висящими вниз ногами и со слегка приподнятым тазом), или под ягодицы подложить пльстер высотой в 20 см, увеличивая тем самым угол наклона таза и размер истинной конъюгаты.

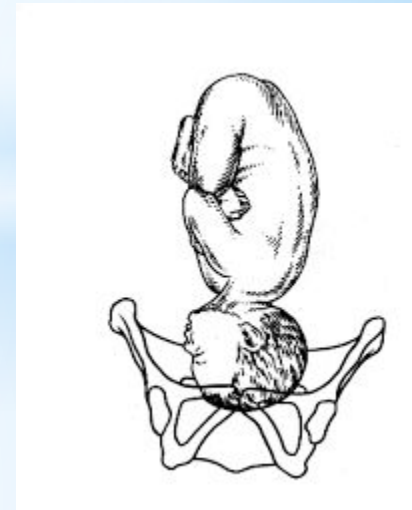
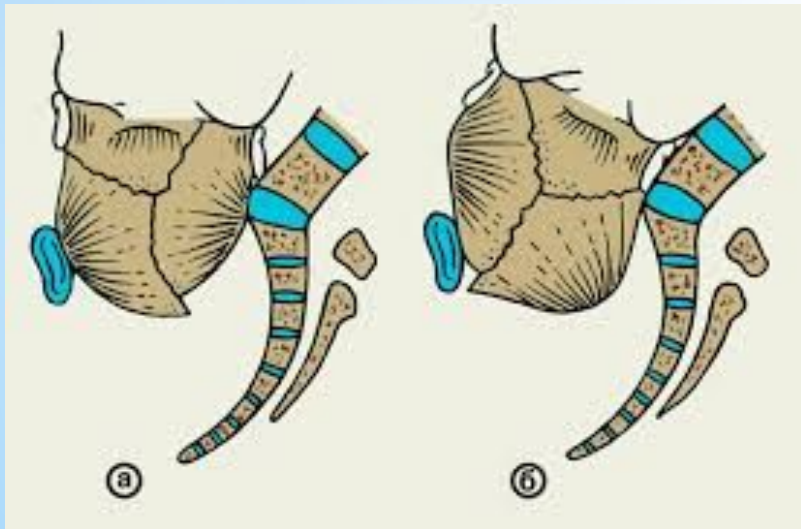
В связи с высокой вероятностью разрыва промежности в родах при плоском тазе производят своевременно выполненную правостороннюю центрально-латеральную перинеотомию. Так как увеличение размеров таза, особенно его выхода, отмечается при положении беременной сидя и на корточках, целесообразно проводить второй период родов до опускания головки на тазовое дно и до начала потуг в вертикальном положении женщины.

**Биомеханизм
родов при
плоскорохитичес
ком тазе**

- 1. Длительное стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере.**
- 2. Умеренное разгибание головки: большой родничок устанавливается на одном уровне с малым или ниже его, головка проходит через истинную конъюгату малым поперечным размером (8,5 см).**
- 3. Асинклитическое вставление головки - передний асинклитизм ("негелевское" вставление) или задний ("литцмановское" вставление). Чаще встречается передний асинклитизм, так как сила сцепления теменной кости у мыса больше, чем у лона, поэтому передняя теменная кость опускается в полость таза, а стреловидный шов отклоняется к мысу.**
- 4. В полости малого таза в связи с благоприятными пространственными соотношениями между резко конфигурированной головкой и емкой полостью таза совершается внутренний поворот.**
- 5. Продвижение головки во втором периоде родов происходит очень быстро ("штурмовые" роды).**
- 6. Отсутствие правильной ротации головки в полости малого таза и штурмовой характер второго периода родов ведет к разрыву промежности, вплоть до разрыва крестцово-копчикового сочленения.**

* Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе:

1. Продолжительное высокое стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа.
2. Разгибание головки.
3. Асинклитическое вставление головки.



Биомеханизм родов при общеравномерно суженном тазе

1. Головка вступает в таз в состоянии значительного сгибания, размером меньшим, чем малый косой; малый родничок приближается к геометрическому центру таза (глубокое стояние малого родничка - асинклитизм Редерера); стреловидный шов расположен в одном из косых размеров таза. Головка продвигается по тазу медленно, с большой затратой сил.

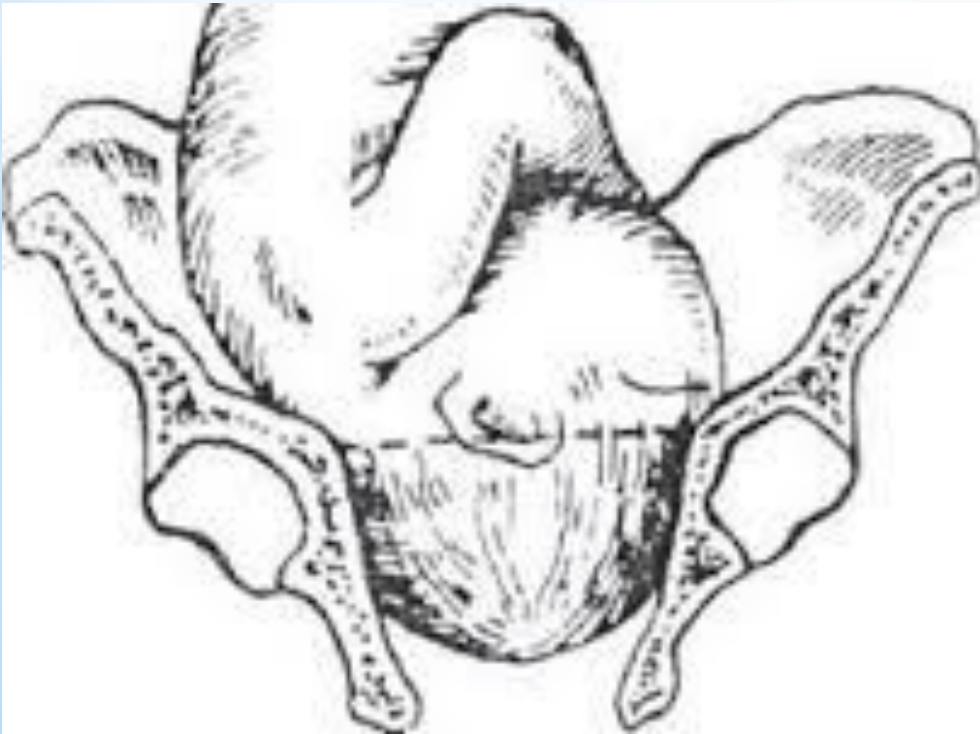
2. При переходе из широкой части в узкую происходит дополнительное максимальное сгибание головки и внутренний её поворот, когда головка на дне таза устанавливается стреловидным швом в прямом размере выхода.

3. Головка плода не может выполнить все пространство лонного угла, а поэтому растягивает промежность, что приводит к травме мышц и фасций промежности и ее разрыву.

4. После рождения головки происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Форма головы долихоцефалическая (головка вытянута в виде клина с родовой опухолью в области малого родничка).

* Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе:

1. Сильное максимальное сгибание головки.
2. Стреловидный шов опускается в полость таза в одном из косых размеров.
3. Головка длительно стоит в каждой плоскости и медленно совершает повороты.



*** Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе:**

4. Подзатылочная ямка не может фиксироваться под лоном ввиду узости лобкового угла. Головка максимально растягивает промежность.

5. Головка плода имеет резко выраженную долихоцефалическую форму.



Прогнозирование исхода родов при анатомически узком тазе

Группу риска по функциональной неполноценности малого таза составляют женщины с уменьшенной емкостью малого таза, обусловленной его анатомическим сужением и беременные с предполагаемой крупной массой плода.

В настоящее время наиболее точным и безопасным методом оценки емкости таза является магнитно-резонансная томография органов малого таза с пельвиметрией.

Предполагаемая масса плода рассчитывается по общепринятым формулам с учетом абдоминометрических показателей беременной женщины. В то же время существуют трудности в определении предполагаемой массы плода у женщин с ожирением, многоводием, "плоским" животом, вследствие чего, целесообразно определять массу плода с учетом его размеров с помощью ультразвукового сканирования.

При первой степени сужения таза и средних размерах плода (предполагаемая масса тела до 3600 г) и отсутствии других отягощающих факторов роды можно начать вести через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза.

При второй степени сужения таза рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения. Ведение родов через естественные родовые пути возможно только в исключительных случаях (небольшие размеры плода (вес до 3000 г), хорошая готовность родовых путей, благоприятное вставление головки).

При остальных степенях сужения таза - плановое кесарево сечение.

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

Определение	Понятие клинически узкого таза связано с процессом родов - это несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.
Коды по МКБ-10	<p>065 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери.</p> <p>065.0 Затрудненные роды вследствие деформации таза.</p> <p>065.1 Затрудненные роды вследствие равномерно суженного таза.</p> <p>065.2 Затрудненные роды вследствие сужения входа таза.</p> <p>065.3 Затрудненные роды вследствие сужения выходного отверстия и среднего диаметра таза.</p> <p>065.4 Затрудненные роды вследствие несоответствия размеров таза и плода неуточненного.</p> <p>065.5 Затрудненные роды вследствие аномалии органов таза у матери.</p> <p>065.8 Затрудненные роды вследствие других аномалий таза у матери.</p> <p>065.9 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери неуточненной.</p>
Частота и причины возникновения клинически узкого таза	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.

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
таза**

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 отечна, 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 (50-60%) и аномалии родовой деятельности (40%); внутриутробная гипоксия плода (14%) .

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 свежзамороженной плазмы при наличии капиллярного кровотечения, коагулопатии, геморрагического синдрома или массивной кровопотере. Может иметь место продление разреза на матке (3,4%), затрудненное извлечение плода (6,8%), гипотоническое кровотечение (1,1%) в раннем послеоперационном периоде .

Родовой травматизм имеет место у 27,0% новорожденных. Выявляются: синдром гипервозбудимости (18,2%), синдром угнетения центральной нервной системы (4,5%), судорожный синдром (2,3%), кожно-геморрагический синдром (6,8%), гематомы бедер и плеч (1,1%), шейно-радикулярный синдром (2,3%), кефалогематома (1,1%), субарахноидальное кровоизлияние (2,3%) .

При клинически узком тазе у женщин может иметь место тяжелый травматизм (до 1%) в виде разрыва симфиза, разрыва промежности III степени, повреждения крестцово-подвздошных сочленений, разрыва матки, отрыва матки от сводов влагалища, образование мочеполовых и ректовагинальных свищей.

Заключение

Клинически узкий таз не теряет своей актуальности в виду того, что до родов невозможно точно определить возможные несоответствия параметров родовых путей и головки плода.

Ведение родов при клинически узком тазе требует, прежде всего, четких данных об анатомических размерах таза и предполагаемой массе плода, знания особенностей биомеханизма родов в зависимости от формы узкого таза, умения выявить степень несоответствия клинически узкого таза, предвидеть и предупредить осложнения, характерные для этой патологии. Врач, ведущий роды при узком тазе, должен своевременно отказаться от консервативной тактики в пользу кесарева сечения. При этом следует оперировать не по показаниям «угрозы разрыва матки», что свидетельствует о запоздалой диагностике, а по показаниям «клинически узкого таза».

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

