

УЗКИЙ ТАЗ

Клинический протокол от 14.04.2017 года «ОКАЗАНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ И
КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ»

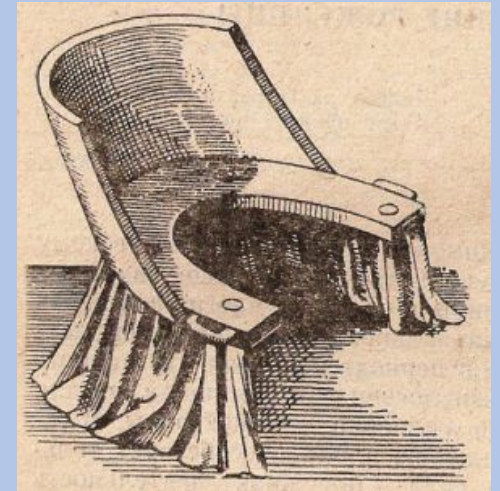
Табаева Надежда Николаева,
Врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории,
Кандидат медицинских наук



Хендрик ван Девентер
(1651-1724гг)

Основоположник изучения
женского таза (1701 год).

Рациональное ведение родов при узком тазе относится к наиболее трудным разделам практического акушерства. Частота анатомически узкого таза колеблется в широких пределах (от 2,6 до 15-23%).



Анатомический 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.

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. Начали преобладать стертые формы узкого таза (тазы с уменьшением прямого размера).
4. Чаще встречаются крупные плоды.

Классификация, основанная на оценке формы сужения таза



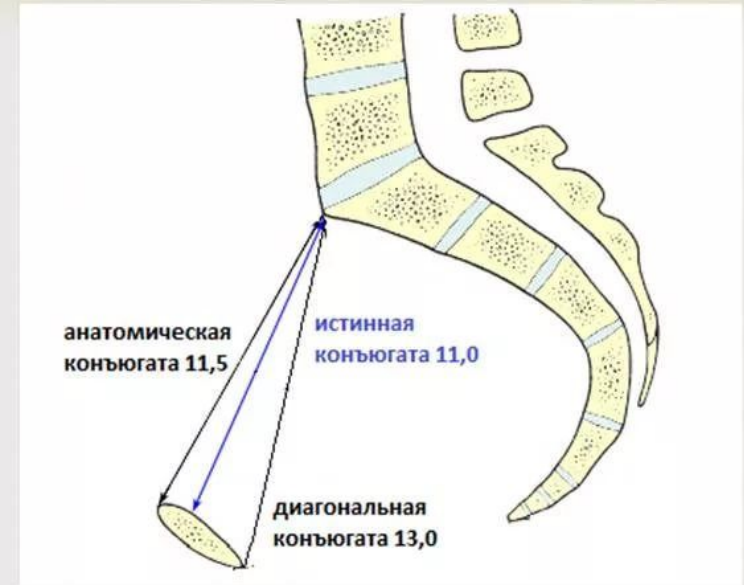
Классификация анатомически УТ по степени сужения А.Ф. Пальмова

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%)

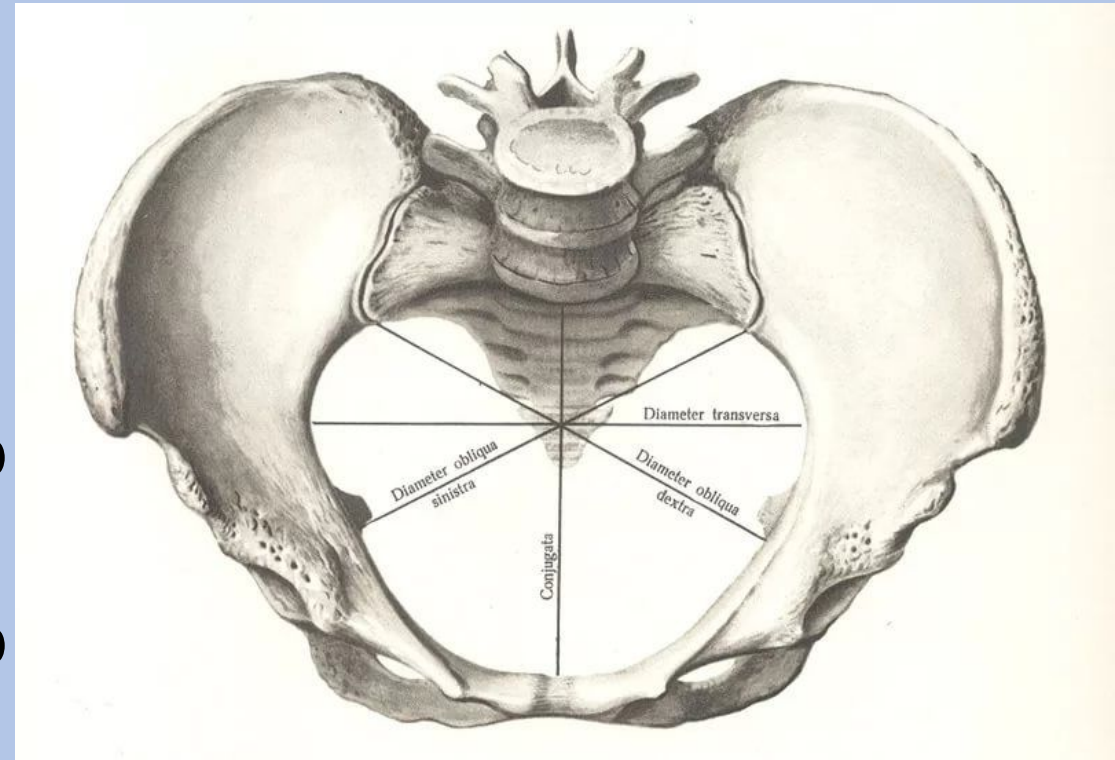


1. Из величины наружной конъюгаты вычитают 9 см.
2. Из величины диагональной конъюгаты вычитают 1,5-2 см.
3. Измеряют тазомером расстояние от яремной вырезки грудины до VII шейного позвонка.

Степень сужения поперечно-суженного таза

определяется по величине поперечного диаметра плоскости входа в малый таз:

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



Оценка анамнеза

- антенатальный период (нарушение обмена веществ между матерью и плодом, дефицит витаминов, несовершенный остеогенез)
- период новорожденности и раннего детства (развитие, наличие заболеваний, травм, инфекций)
- период полового созревания (наличие нагрузок, гормонального дисбаланса, формы одежды, спорт)

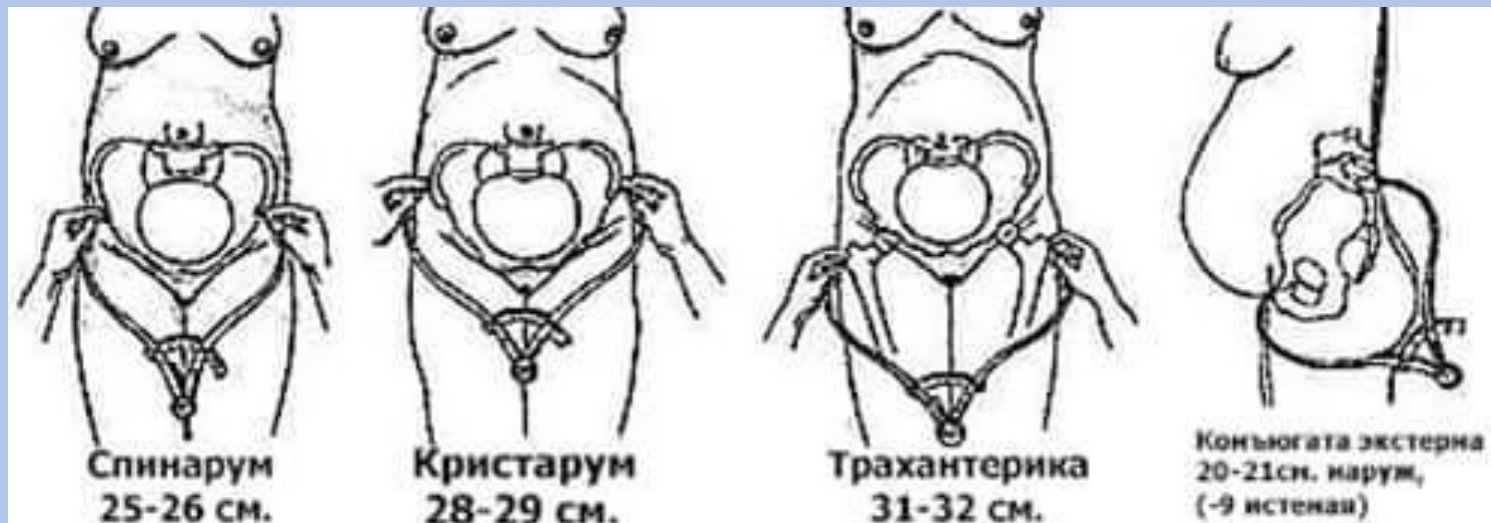
Объективные данные

1. **Наружный осмотр** (масса тела, рост, следы перенесенных заболеваний, формы черепа, позвоночника, конечностей, размер стопы, длина кисти, длина I и III пальцев, суставов, уровень лопаток, форма талии, походки). Отмечают, не имеет ли живот остроконечную форму у первородящих или отвислую у многопоржавших. Оценка формы крестцового ромба, его размеры. Окружность лучезапястного сустава

- Рост менее 155-160 см,
- размер обуви менее 36, длина стопы менее 23 см
- длина кисти менее 16 см
- длина I и III пальцев менее 6 и 9 см, соответственно
- окружность лучезапястного сустава (менее 14,5 см)

Наружная пельвиометрия

- distantia spinarum 25 см
- distantia cristarum 28 см
- distantia trohanterica 31 см
- conjugata externa (диаметр Боделока) 20 см



- Для диагностики УТ с уменьшением прямого размера широкой части полости измеряется лонно-крестцовый размер (расстояние от середины симфиза до сочленения II и III крестцовыми позвонками) — 21,8 см. Высота лонного сочленения 5-6 см.
- Ширина симфиза (расстояние между паховыми складками по верхнему краю симфиза (13 см).
- Поперечный размер выхода таза (измеряется в позе Микеладзе от правой внутренней поверхности седалищного бугра до левой, =9 см).
- Прямой размер выхода малого таза (9-11 см) от верхушки копчика до нижнего края симфиза.
- Боковые конъюгаты (14-15 см) между передне- и задневерхними остями подвздошных остей.
- Размер окружности таза (85 см) — между вертелами и гребнем подвздошных костей.

- 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 (21 см)
- - расстояние между остистыми отростками V поясничного позвонка и передней верхней остью позвоночных костей обеих сторон (18 см)
- - расстояние между передней и задней верхними осями подвздошных костей одноименной стороны (боковая конъюгата Кернера: 14-15 см).

2. Влагиалищное исследование

- Влагиалищное исследование (емкость таза, величина диагональной конъюгаты, достижение терминальных линий, крестцовая впадина, седалищные ости, бугры, ложный мыс, экзостозы, деформации малого таза, оценивают величину лонного угла).

Методы лучевой диагностики

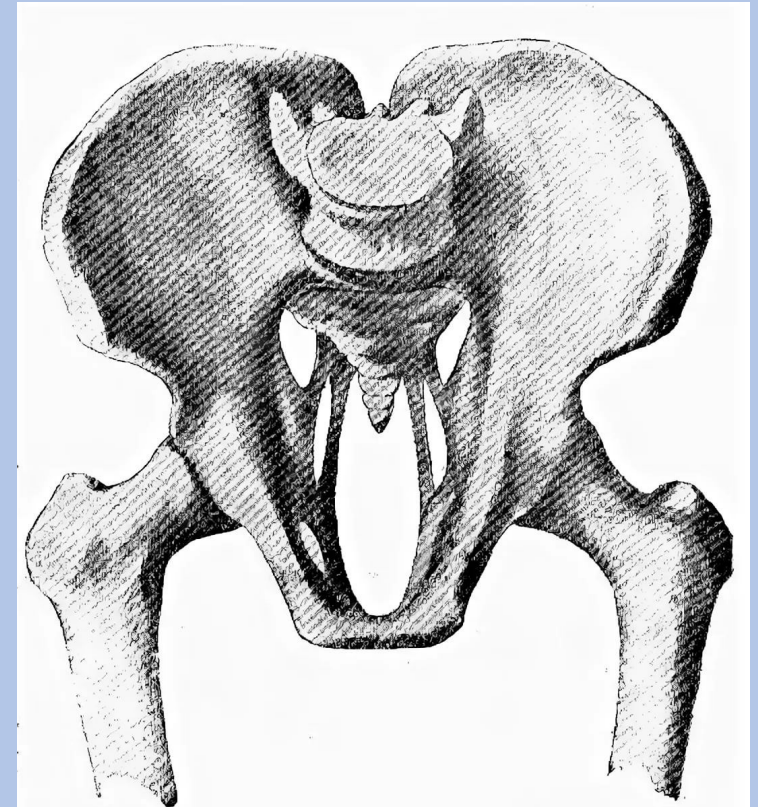
- Рентгенопельвиметрия
- МРТ
- УЗИ

Показания: - уменьшение размеров таза, экзостозы,
- предполагаемы крупный плод,
- осложнения предыдущих родов,
- тазовое предлежание плода

Поперечносуженный таз (у стройных женщин с гиперандронемией)

Биомеханизм родов при поперечносуженном тазе (как при нормальных родах, но если 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. Либо вставление головки в косом размере с асинклитическим расположением стреловидного шва и опускание чаще задней теменной кости;
 - 2) в часто наблюдаются разрывы промежности. Родовая опухоль на головке плода располагается в области стреловидного шва, смещаясь на одну из теменных костей.
- ! Роды при поперечносуженном тазе возможны только в случае переднего вида затылочного предлежания.
 - Задний вид при поперечносуженном тазе формирует клиническое несоответствие II степени.

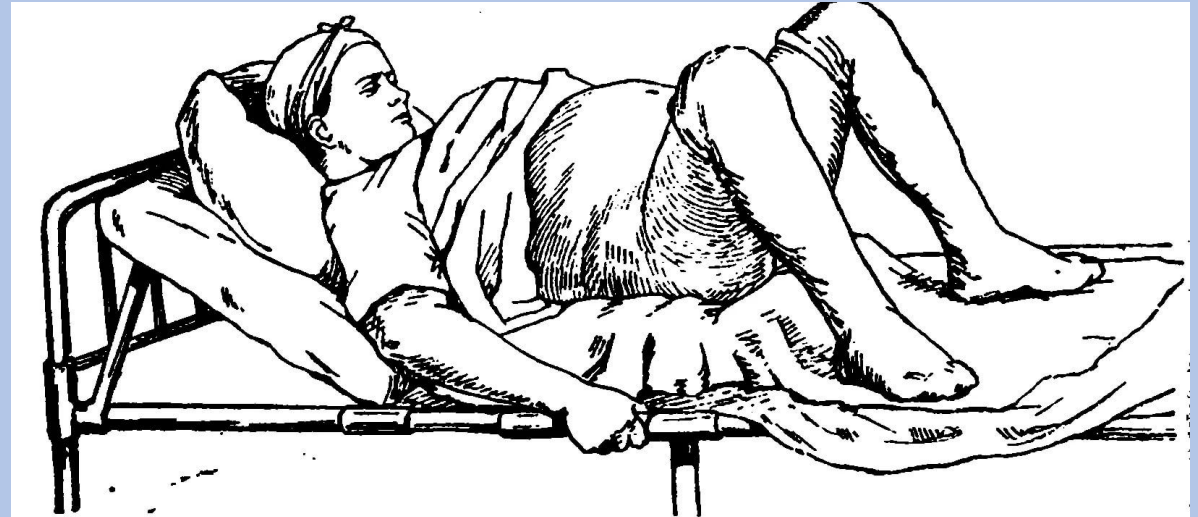


Простой плоский таз (все прямые размеры уменьшены)

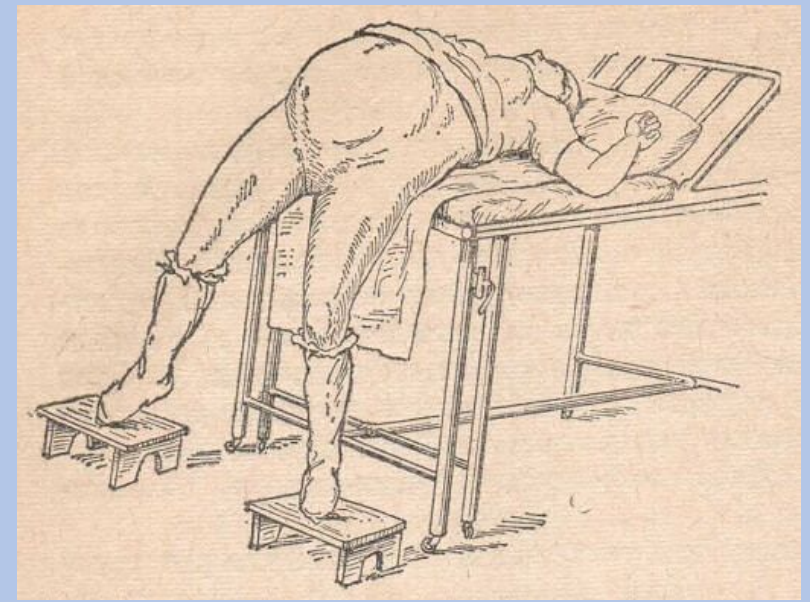
Биомеханизм родов:

- 1) разгибание головки и длительное её стояние над входом в малый таз стреловидным швом в поперечном размере;
- 2) головка конфигурируется и вставляется во вход в таз одной из теменных костей (асинклитическое вставление);
- 3) чаще всего головка не совершает внутреннего поворота и стреловидный шов во всех плоскостях проходит в поперечном размере, на тазовом дне возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва;
- 4) высокий риск разрыва промежности.

- ! При ведении родов надо уложить роженицу на сторону, противоположную позиции плода (это способствует разгибанию головки).
- Во втором периоде при заднем асинклитизме, чтобы передняя теменная кость легче соскользнула с лона, пациентке придают позу Микеладзе (положение роженицы на спине, согнутые в коленях ноги приводят к животу, широко раздвинув бедра).



- При переднем асинклитизме — женщину на 30 минут следует уложить в положение Вальхера (положение роженицы на спине, на краю кровати, со спущенными вниз ногами и слегка приподнятым тазом) или под ягодицы подложить пеньстер высотой 20 см (увеличивая тем самым размер истинной конъюгаты).



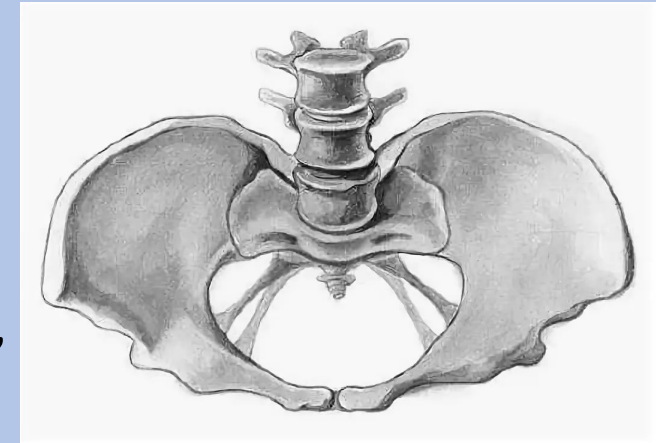
- Затем - вертикальное ведение родов до опускания головки на тазовое дно (в положении сидя на корточках, с целью увеличения размеров таза, особенно его выхода).



Плоскорахитический таз (уменьшение прямого размера входа).

Биомеханизм родов:

- 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, чаще «негелевское вставление (передний асинклитизм);
- 4) в полости малого таза совершается внутренний поворот головки;
- 5) продвижение головки во втором периоде родов происходит очень быстро;
- 6) частые разрывы промежности, вплоть до разрыва крестцово-копчикового сочленения.



Патологический передний асинклитизм при
плоскорахитическом тазе (асинклитизм Негеле)



Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости

- уменьшение прямого диаметра широкой части полости менее 12 см:

- I степени — прямой размер до 11,5 см
- II степени — меньше 11,5 см).

Измеряют лонно-крестцовый размер (от середины симфиза до места сочленения между II и III крестцовыми позвонками — менее 20,5 см).

Общеравномерносуженный таз

Биомеханизм родов:

1) головка вступает в таз в состоянии значительного сгибания (глубокое стояние малого родничка — асинклитизм Редерера), стреловидный шов расположен в одном из косых размеров.

Медленное продвижение головки;

2) при переходе из широкой части в узкую происходит дополнительное максимальное сгибание головки и внутренний её поворот;

3) часто разрывы промежности;

4) форма головы долихоцефалическая.



Особенности течения и ведения беременности

1. У первородящих головка плода остается подвижной над входом в малый таз вплоть до начала родов.
2. УТ предрасполагает к неправильному положению и предлежанию плода.
3. Частое осложнение – ПРПО.
4. Чаще симфизиопатии, сакроилеопатии.
5. Высокая вероятность наступления преждевременных родов.

Плановая госпитализация в 38 недель в ОПБ для прогнозирования исхода родов

1. Определяем ПМП.

2. При I степени сужения таза и ПМП до 3600 грамм, отсутствии других отягощенных факторов, роды можно начать вести через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза.

3. При II и более степени — операция кесарева сечения.

Методы определения предполагаемой массы плода

1. Жордания И.Ф. (1950):

$$\text{ПВП} = \text{ВДМ (см)} \times \text{ОЖ (см)}$$

2. Джонсона:

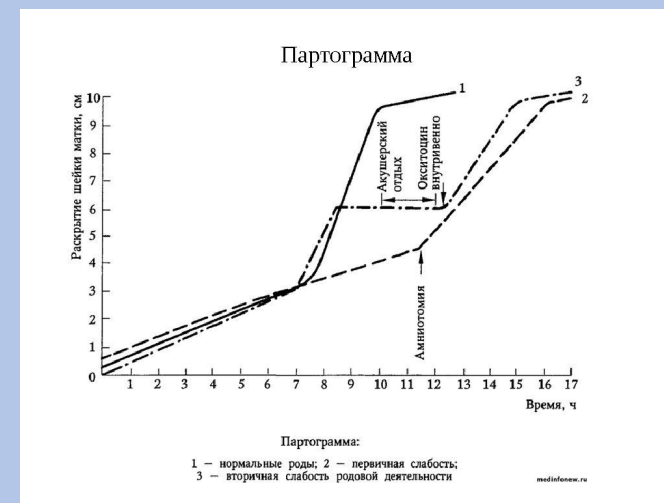
$$\text{ПВП} = (\text{ВДМ} - 11) \times 155$$

3. Ланковица А.В.:

$$\text{ПВП} = (\text{ВДМ} + \text{ОЖ} + \text{МТ} + \text{Р}) \times 10$$

Тактика ведения родов

- непрерывное КТГ;
 - ведение партограммы;
 - слежение за характером вставления головки плода и её продвижением;
 - своевременная диагностика осложнений в родах и их коррекция, по необходимости – КС.
- Плановое КС проводится после 39 недели беременности.



Показания к плановой операции КС

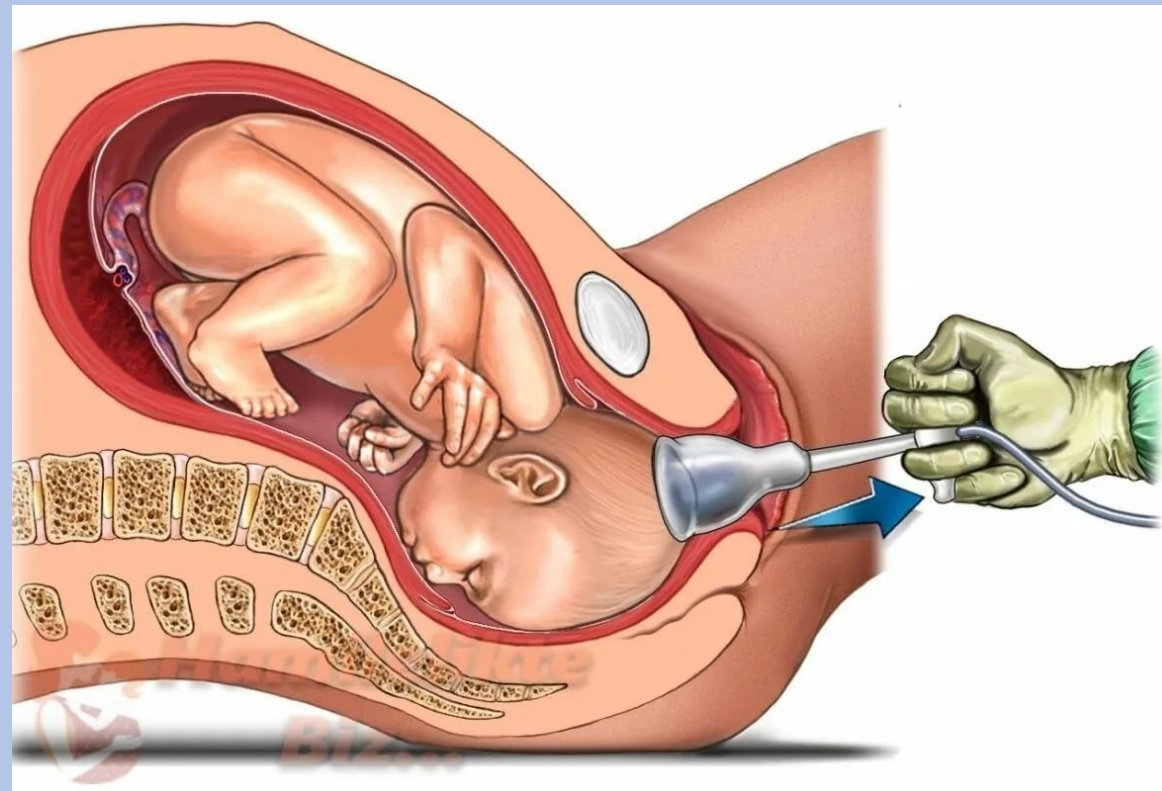
1. плодово-тазовые диспропорции
2. сочетания степени сужения таза с:
 - тенденцией к перенашиванию и неготовностью родовых путей,
 - ПМП >3600 грамм,
 - тазовое предлежание,
 - неправильное положение и предлежание плода,
 - тяжелая преэклампсия,
 - хроническая гипоксия плода,
 - поздние первородящие,
 - рубец на матке,
 - мертворождение в анамнезе,
 - аномалии развития половых органов
 - симфизит и другие.

Показания к экстренной операции КС

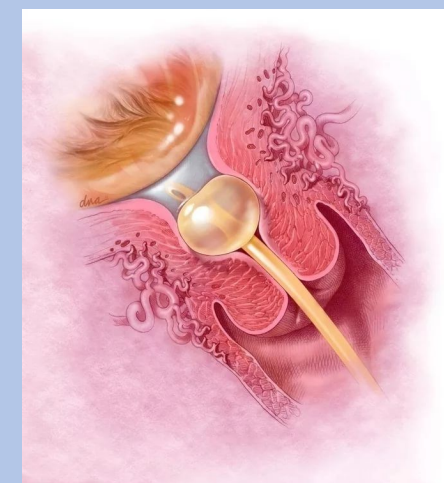
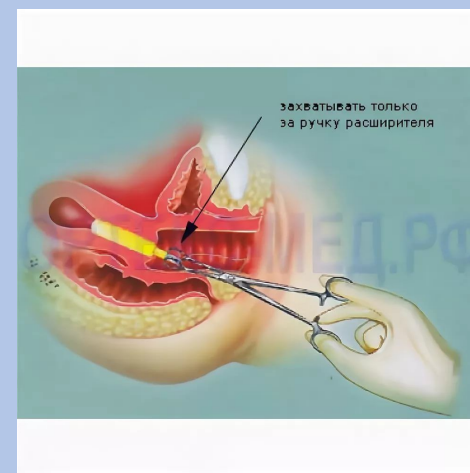
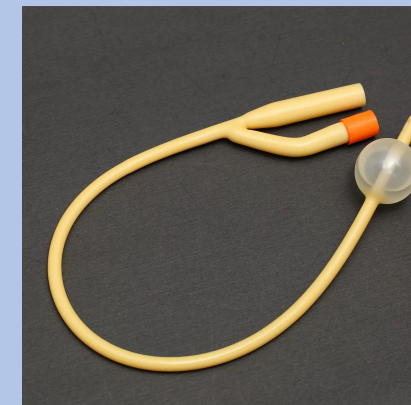
1. отсутствие родовой деятельности после ПРПО при незрелой шейке матки
2. аномалии родовой деятельности,
3. лобное, лицевое, высокое стояние стреловидного шва при заднем виде,
4. КУТ.

Влагалищные родоразрешающие операции

– только в исключительных случаях (острый дистресс плода при головке на тазовом дне и только при отсутствии признаков клинического несоответствия головки плода и таза роженицы).



- При I степени УТ в сочетании с ПРПО и/или отсутствием готовности к родам при сроке более 38-39 недель - подготовка к родам по схемам с использованием мифепристона, гидроскопических расширителей.



Клинический узкий таз

Клинический (функционально) узким является таз, при котором выявляется несоответствие между размерами плода и таза роженицы независимо от размеров последнего.

Основные признаки

1. длительное (более 1 часа) стояние головки в плоскостях малого таза,
2. нарушение синхронизации процессов раскрытия шейки матки и продвижения плода,
3. выраженная конфигурация головки,
4. образование большой родовой опухоли,
5. неблагоприятные предлежания и вставления головки.
6. отсутствие продвижения головки плода при полном раскрытии шейки матки,
7. несоответствие механизма родов форме таза,
8. наличие болезненных схваток,
9. беспокойное поведение роженицы,
10. появление потуг при головке, расположенной выше, чем в узкой части полости малого таза,
11. нарушение мочеиспускания,
12. нарушение сократительной деятельности матки,
13. болезненность при пальпации нижнего сегмента,
14. гипоксия плода,
15. положительный признак Вастена.

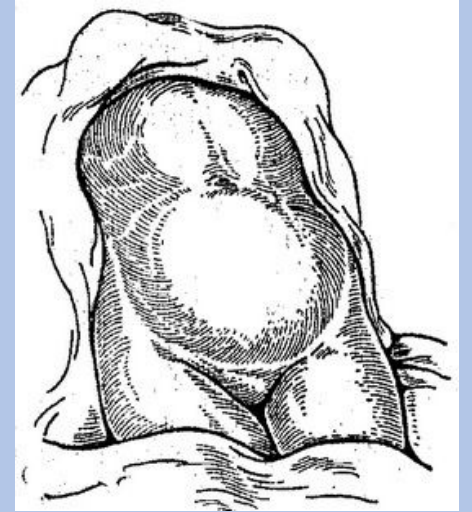
Классификация КУТ

- I. Относительное несоответствие (I степени):
 - - вставление головки, характерное для данной формы УТ, её умеренная конфигурация.
 - - у первородящих – слабость родовой деятельности.

Классификация КУТ

II степень – абсолютное несоответствие:

- вставление головки плода не соответствует форме таза, выраженная её конфигурация, с большой родовой опухолью,
- потуги при высоко стоящей головке, женщина беспокойна,
- шейка свисает в виде рукава во влагалище, отечна,
- резкая болезненность нижнего сегмента,
- отсутствует продвижение головки во время схватки при полном раскрытии,
- появляются аномалии родовой деятельности,
- сукровичные выделения из половых путей,
- гипоксия плода,
- нарушение мочеиспускания,
- положительный признак Вастена.



Признак Вастена



Отрицательный



Вровень



Положительный

Частые осложнения:

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

Для решения в пользу КС достаточно 2-3 признака абсолютного несоответствия. Трудности при КС – резкое истончение нижнего сегмента, продление разреза, затрудненное извлечение плода, гипотоническое кровотечение.

Родовой травматизм:

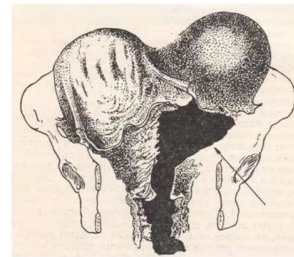
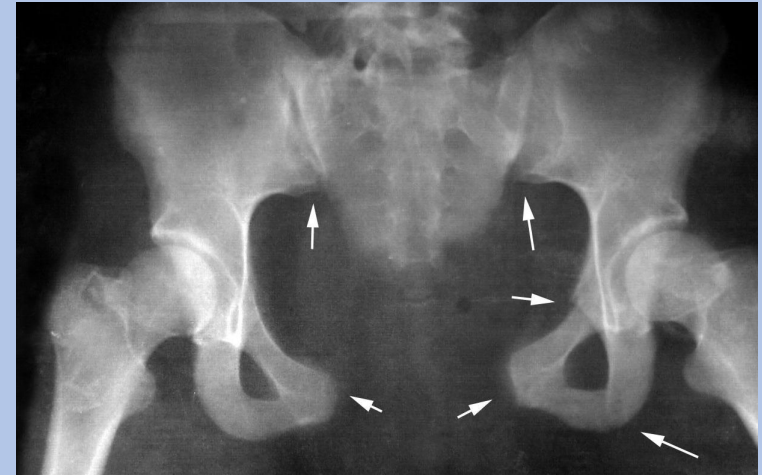
А. со стороны плода:

- синдром гипервозбудимости,
- синдром угнетения ЦНС,
- судорожный синдром,
- кожно-геморрагический синдром до образования гематом,
- радикулярный синдром,
- кефалогематома,
- субарахноидальное кровоизлияние.



Б. со стороны матери:

- разрыв симфиза, повреждение крестцово-подвздошных сочленений,
- разрывы промежности II, IV степени,
- разрыв матки,
- образование мочеполовых и ректовагинальных свищей.



Полный разрыв матки

