

Чеченский государственный университет
Медицинский институт
Кафедра «Акушерство и гинекология»

УЗКИЙ ТАЗ

Анатомически узкий таз

- это таз у которого один или несколько наружных размеров уменьшены на 2 и более сантиметров

Частота

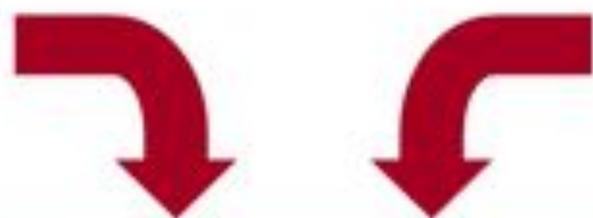
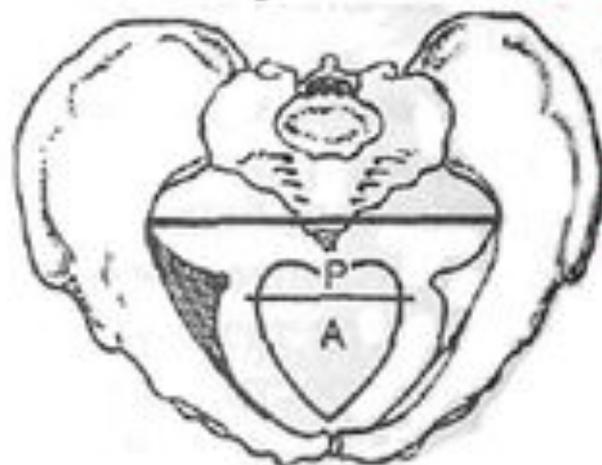
анатомически узкого таза
составляет от 1,04 до 7,7%.

Классификация Колдуэлла и Молой



гинекоидный

андроидный

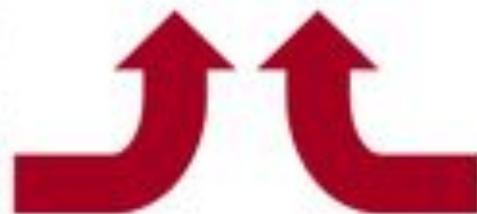


Смешанные формы



антропоидный

платипеллоидный



Классификация анатомически узкого таза (по форме сужения)

А. Часто встречающиеся формы таза:

1. Общеравномерносуженный таз.
2. Поперечносуженный таз.
3. Плоский: - простой плоский таз,
- плоскоррахитический таз,
- таз с уменьшением широкой части полости.

Б. Редко встречающиеся формы таза:

1. Кососмещенный (асимметрический).
2. Тазы суженные экзостозами, опухолями.
3. Общесуженный плоский таз.
4. Другие формы узкого таза.

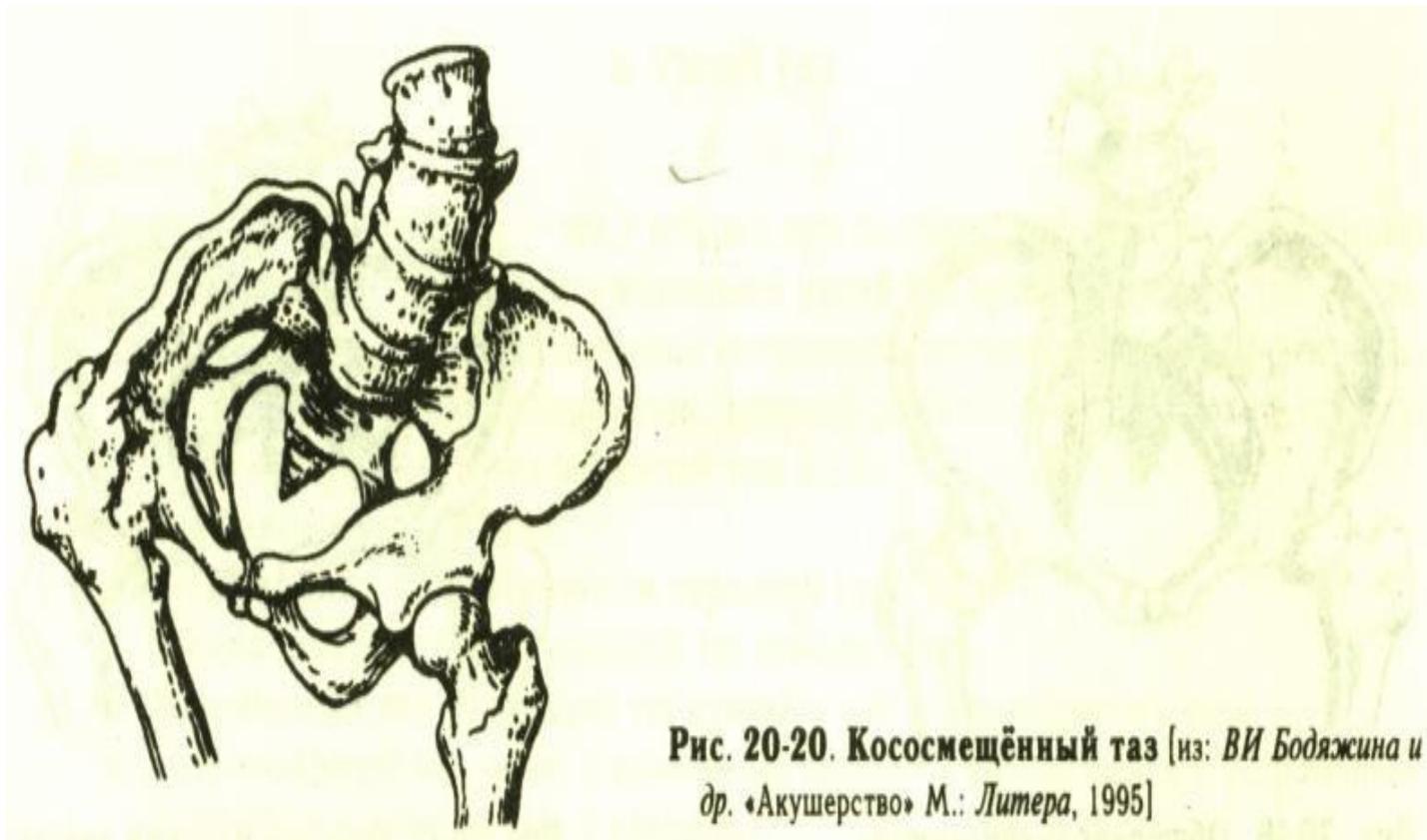


Рис. 20-20. Кососмещённый таз [из: *ВИ Бодяжина и др. «Акушерство» М.: Литера, 1995*]

КЛАССИФИКАЦИЯ

общеравномерно суженного и плоских тазов

- на основании величины истинной конъюгаты - **размер истинной конъюгаты: если она меньше 11 см, таз считают узким.**
- I степень — 9–11 см;
- II степень — 7,5–9 см;
- III степень — 7 см и менее.

Оценка степени сужения таза

- исключительно по размеру истинной конъюгаты не всегда достоверна: при сужении
- **поперечных размеров таза или уплощении крестца:**
- полость таза будет сужена при нормальных размерах истинной
- **конъюгаты**

КЛАССИФИКАЦИЯ

поперечно - суженного таза в зависимости от укорочения поперечного размера входа

- ◎ I степень сужения (поперечный размер входа 12,5–11,5 см);
- ◎ II степень сужения (поперечный диаметр 11,5–10,5 см);
- ◎ III степень (поперечный диаметр входа менее 10,5 см).

ЭТИОЛОГИЯ

- Большое значение в формировании таза имеют также **периоды внутриутробной жизни, детства и полового созревания.**
- Во время внутриутробной жизни неправильное формирование таза может произойти вследствие нарушения обмена
- веществ между матерью и плодом, особенно минерального. Большую роль играет диета беременной, дефицит витаминов и др.

- В период новорождённости и раннего детства причиной патологического формирования таза может стать
- неполноценное искусственное вскармливание, жилищные условия, неадекватное питание, рахит, тяжёлый детский труд, перенесённые инфекционные заболевания (костный туберкулёз, полиомиелит), травмы таза, позвоночника, нижних конечностей.

- В период полового созревания
— изменение строения таза может быть вызвано значительными эмоциональными и
- физическими нагрузками, стрессовыми ситуациями, усиленными занятиями спортом, воздействием фактора акселерации, гормональным дисбалансом и даже ношением узких брюк из плотной неэластичной ткани (так называемый «джинсовый» таз).

-
- В настоящее время исчезли такие патологические формы узкого таза, как рахитический, кифотический, кососуженный,
 - резкие степени сужения, что связывают с акселерацией, улучшением условий жизни населения.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

- **Анамнез общий**, из которого необходимо выяснить перенесённые беременной в детстве заболевания или травмы, в том числе рахит и другие, влияющие на формирование и строение скелета.

-
- **Анамнез специальный:** начало и характер менструаций, течение предшествующих беременностей и родов, масса
 - тела родившихся ранее детей и другие данные, позволяющие оценить функцию половых органов женщины до
 - беременностей и при предыдущих родах.

- Общие объективные данные: рост и масса тела беременной, пропорциональность тела, подвижность суставов, строение позвоночника и прочие данные, позволяющие оценить состояние скелета в настоящее время.
- Специальные общие данные: форма живота при поздних сроках беременности (остроконечная у первородящих и «отвислая» у повторнородящих), угол наклона таза (в норме он составляет $45-55^\circ$, при узком тазе нередко больше, при этом крестец, ягодицы и наружные половые органы отклонены кзади; выражен лордоз поясничного отдела позвоночника).

-
- Информацию о размерах таза можно получить при наружной пельвиметрии, хотя корреляционная зависимость между
 - размерами большого и малого таза не абсолютна.
 - Кроме измерения *d. spinarum*, *d. cristarum*, *d. Trochanterica* и *conjugata externa* следует провести дополнительные измерения таза.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ УЗКОГО ТАЗА

- **Боковая конъюгата** (расстояние между передневерхней и задневерхней остями подвздошных костей) в норме — 14,5–15 см.
- **Возможно уменьшение параметра до 13,5 см.**

- **Высота симфиза** в норме — **5–6 см**. Чем выше лонное сочленение, тем короче истинная конъюгата.
- **Окружность таза** в норме — **85 см**.
- **Индекс Соловьёва** — **1,4–1,5 см**. Толстые запястья указывают на уменьшение ёмкости таза.



- **Истинная конъюгата** — из наружной конъюгаты следует вычесть 8–9 см, либо из диагональной конъюгаты вычесть
- индекс Соловьёва
- (при нормальной величине симфиза — 1,5 см; при высоком симфизе — 2 см).

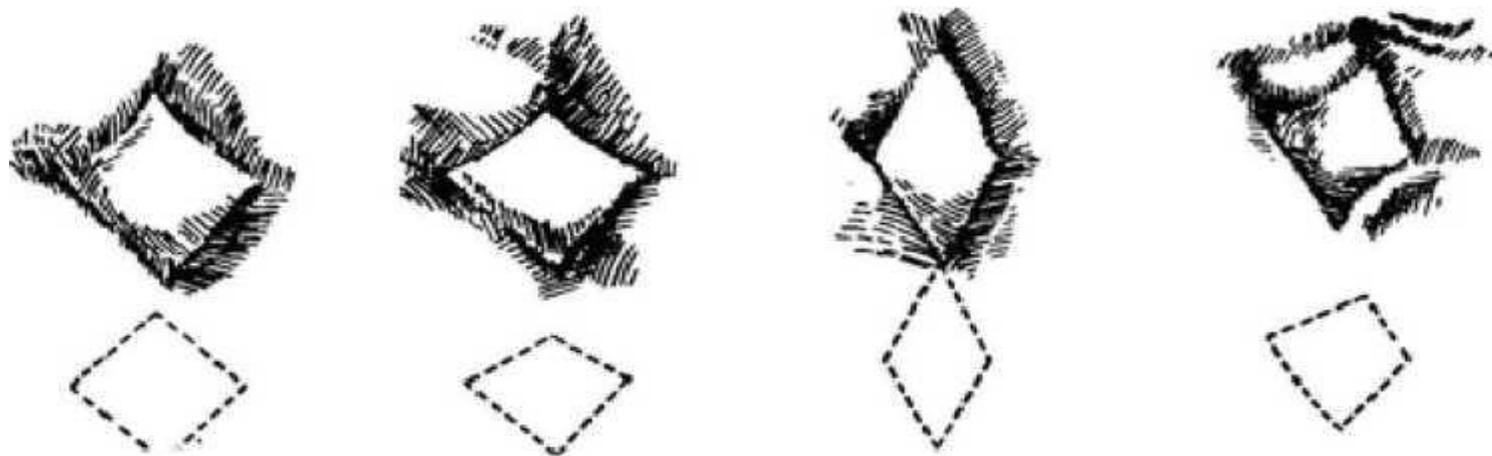


- **Крестцовый ромб Михаэлиса** образован следующими образованиями:
 - сверху — V поясничный позвонок;
 - снизу — верхушка крестца (место отхождения седалищных мышц);
 - с боков — задневерхние выступы подвздошных костей.

- **Размеры: ширина — 10 см, высота — 11 см, высота верхнего треугольника — 4,5 см**



ФОРМА КРЕСТЦОВОГО РОМБА ПРИ УЗКИХ ТАЗАХ



- 1 — НОРМАЛЬНЫЙ ТАЗ;
- 2 — ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКИЙ ТАЗ;
- 3 — ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ;
- 4 — КОСОСУЖЕННЫЙ ТАЗ.



ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ВЫХОДА

- При измерении **поперечного размера выхода малого таза** (11 см) устанавливают тазомер на внутренние края
- **седалищных бугров** и к полученной цифре (в **норме — 9,5**) прибавляют 1–1,5 см на **толщину мягких тканей**.



ПРЯМОЙ РАЗМЕР ВЫХОДА МАЛОГО ТАЗА

- При измерении прямого размера выхода малого таза (9–11 см) тазомер ставят на верхушку копчика и нижний край симфиза, из полученной величины (**в норме — 12–12,5 см**) вычитают 1,5 см на толщину крестца и мягких тканей.



ДИАГНОЗ УЗКОГО ТАЗА И СТЕПЕНЬ ЕГО СУЖЕНИЯ УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ

- данных наружной пельвиметрии и
- влагалищного исследования.
- При влагалищном исследовании определяют ёмкость таза, величину диагональной
- конъюгаты, обследуют крестцовую впадину, седалищные ости и бугры, определяют наличие ложного мыса, экзостозов
- и деформаций малого таза.
- Кроме того, применяют рентгенологическое (рентгенпельвиметрия) и УЗИ для
- определения внутренних размеров малого таза



ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЗКОГО ТАЗА

<u>Таз</u>	<u>Размеры таза, см</u>						<u>Форма входа таза</u>	<u>Лонная дуга</u>
	<u>поперечные</u>			<u>прямые</u>				
	<u>поперечный входа (наибольший)</u>	<u>межостный</u>	<u>Межтубе- розный</u>	<u>прямой входа</u>	<u>прямой широкой части полости</u>	<u>прямой узкой части полости</u>		
Нормальный	12,5-13	10,5	11	11,0 11,5	12,5	11-11,5	Округло овальная	Средняя
Поперечно-суженный	10,7-12,3	9,3-10	9,3-10,3	11,5	11,4-12	10,3-11	Продольно овальная	Узкая
С укороченным диаметром широкой части полости	12,5-13	10,5-11	11	11,2-13	10,7-12	11-11,6	Округло овальная	Средняя
Простой плоский	12,5-13	9,3-10	10,3-11	10	10,8-11,8	9,9-10,4	Поперечно овальная	Широкая
Плоскорихитический	12,7-13	10,4	10,7	9,6-10,5	11-12,4	11-12,4	Поперечно овальная	Широкая
Общеравномерно- суженный	11,1-12	8,3-9,8	8,7-10,8	10,1-11	10,9-11,4	10,9	Округло овальная	Средняя

I. Общеравномерно суженный таз

все размеры уменьшены на одинаковую величину (1-2см)

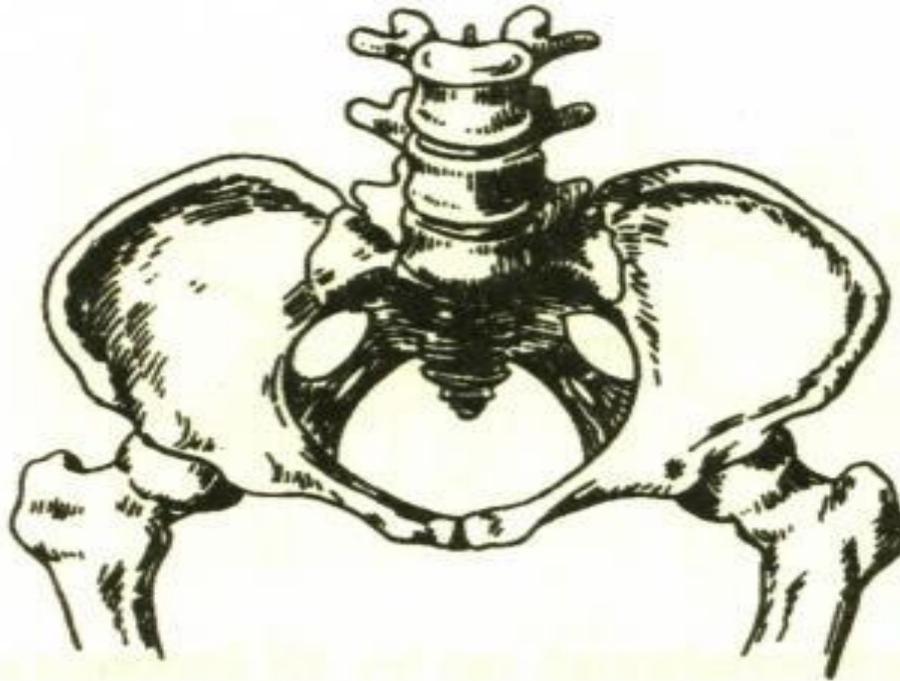


Рис. 20-16. Общеравномерносуженный таз [из: *ВИ Бодяжина и др. «Акушерство» М.: Литера, 1995*]

Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе

- Сгибание головки плода во входе в малый таз
- Максимальное сгибание головки в узкой части (ведущей точкой становится малый родничок)
- Конфигурация головки (долихоцефалическая форма)

II. ПОПЕРЕЧНО-СУЖЕННЫЙ ТАЗ-

- Это таз с укорочением поперечного размера входа.
- Вход в малый таз имеет округлую или
- продольно-овальную форму. Этот таз напоминает мужской и часто встречается при гиперандрогении.

ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ

характеризуется:

- уменьшением поперечных размеров малого таза
- относительным увеличением прямого размера входа и узкой части таза
- уплощением крестцовой впадины (более чем в $1/3$ случаев)
- уменьшенной развернутостью крыльев подвздошных костей
- узкой лонной дугой

КЛАССИФИКАЦИЯ поперечно-суженного таза по степени сужения

- в зависимости от укорочения поперечного размера входа различают **три степени сужения** данной формы таза:
- **I степень сужения** (поперечный размер входа 12,5-11,5 см);
- **II степень сужения** (поперечный диаметр 11,5-10,5 см);
- **III степень** (поперечный диаметр входа менее 10,5 см).

Особенности биомеханизма родов при поперечно-суженном тазе

- ◎ **длительное высокое**
- ◎ **прямое стояние головки плода стреловидным швом в прямом размере плоскости входа в полость малого таза.**
- ◎ *При заднем виде высокого прямого стояния*
- ◎ *головки плода часто выявляется клиническое несоответствие размеров головки размерам таза матери, в связи с чем необходимо применить экстренное кесарево сечение*

Различают

- **высокое (во входе) прямое стояние стреловидного шва – (при поперечно-суженном тазе) и**
- **низкое (в выходе) поперечное стояние стреловидного шва– (при плоских тазах).**

Высокое прямое стояние стреловидного шва

диагностируют
В зависимости от того, куда обращен малый родничок (кпереди — к лону или кзади — к мысу), различают передний и задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва — *positio occipitalis pubica et sacralis*



передний
вид



задний
вид

Высокое прямое стояние стреловидного шва

диагностируют,

- когда при высоко стоящей головке схватки чрезмерно сильны и болезненны, головка необычно узка (поперечник 9-10 см) и нависает над лоном (положительный признак Вастена).
- Окончательный диагноз ставят путём влагалищного исследования. При этом обнаруживают стояние стреловидного шва в прямом размере входа с расположением родничков у мыса и у лонного сочленения. Резкая конфигурация головки и наличие большой родовой опухоли нередко затрудняют диагностику. Вопрос о том, есть ли высокое прямое стояние или высокое прямое вставление головки, решают по тому, можно или нет после излития ОВ оттолкнуть головку вверх.

В ряде случаев при высоком прямом стоянии стреловидного

шва

- **возможны самопроизвольные роды без совершения головкой внутреннего поворота.** Это происходит, если поперечный размер таза сужен, прямые размеры нормальные или увеличены, а головка обращена затылком кпереди (передний вид).
- При суженных прямых размерах таза или высоком прямом стоянии стреловидного шва при заднем виде следует прибегнуть к КС во избежание разрыва матки и внутриутробной смерти плода.

III. ПЛОСКИЙ ТАЗ

- ◎ Плоский таз – укорочение прямых размеров при обычной величине поперечных и косых размеров:
 1. простой плоский
 2. плоскоррахитический
 3. таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости малого таза

1) ПРОСТОЙ ПЛОСКИЙ ТАЗ

- Уменьшение всех прямых размеров
- Широкая лонная дуга

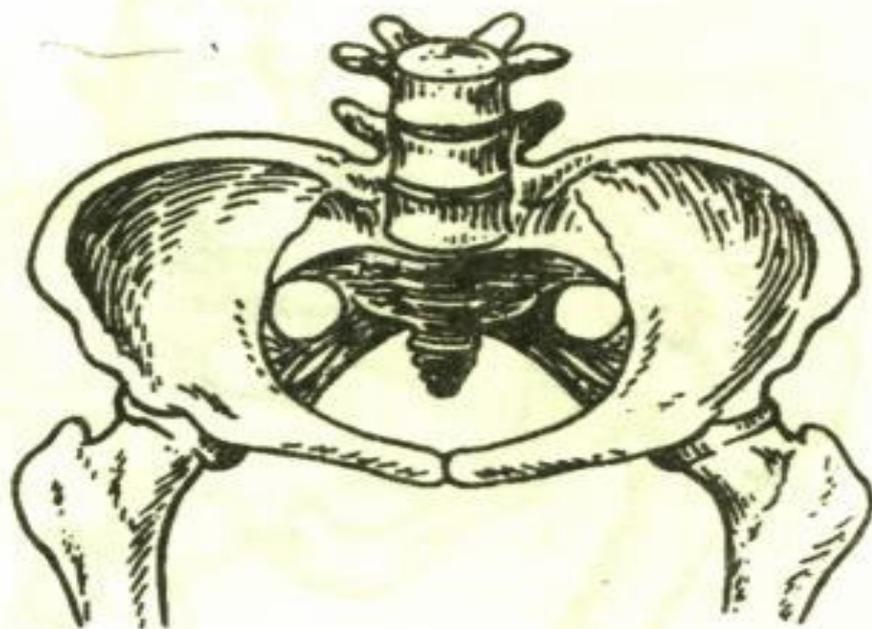


Рис. 20-17. Простой плоский таз [из:
*ВИ Бодяжина и др. «Акушерство» М.:
Литера, 1995]*

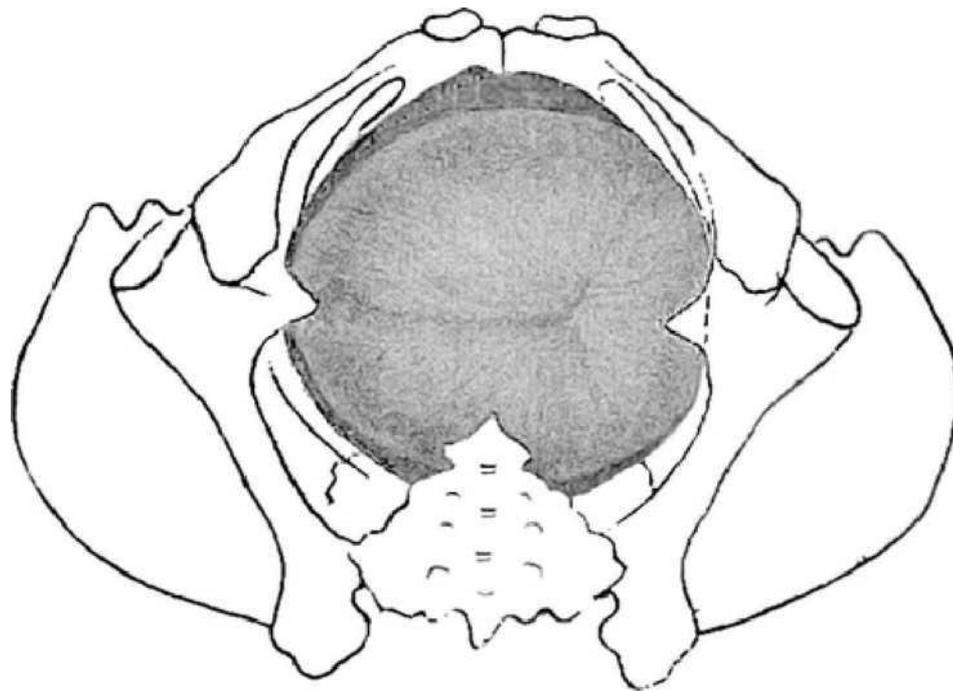
Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе

- длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа малого таза в состоянии умеренного разгибания, стреловидный шов может располагаться асинклитически. Чаще наблюдается передне-теменной 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.

Диагноз низкого поперечного стояния стреловидного шва

- когда на фоне хорошей родовой деятельности и нахождения головки в узкой части или выходе малого таза, роды не продвигаются. Подтверждение диагноза — при влагалищном исследовании обнаруживают головку, находящуюся большим сегментом в выходе таза при стоянии стреловидного шва в поперечном размере. Обнаружение большого сегмента головки, длительно стоящей в узкой части полости таза, с поперечным стоянием стреловидного шва также говорит о низком поперечном стоянии головки.

Низкое поперечное стояние стреловидного шва



- Иногда **низкое поперечное стояние стреловидного шва** не распознают, несмотря на влагалищное исследование.
- Ошибка состоит в том, что за стреловидный шов принимают венечный или ламбдовидный шов, а за малый родничок — боковой.
- Во избежание таких ошибок при влагалищном исследовании следует пальпаторно проследить стреловидный шов до перехода в лобный шов. Обнаружение при этом с одной стороны большого родничка, а с другой — малого предотвратит возможную ошибку.

АСИНКЛИТИЗМ

- ЭТО АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ВО ВХОДЕ ИЛИ В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА, ПРИ КОТОРОЙ
- СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ ОТКЛОНЁН ОТ СРЕДИННОЙ ЛИНИИ ТАЗА К ПЕРЕДИ ИЛИ К ЗАДИ (К ЛОНУ ИЛИ К КРЕСТЦУ).
- В ЭТОМ СЛУЧАЕ ОДНА ИЗ
- ТЕМЕННЫХ КОСТЕЙ НАХОДИТСЯ НИЖЕ ДРУГОЙ (ВНЕОСЕВОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ).

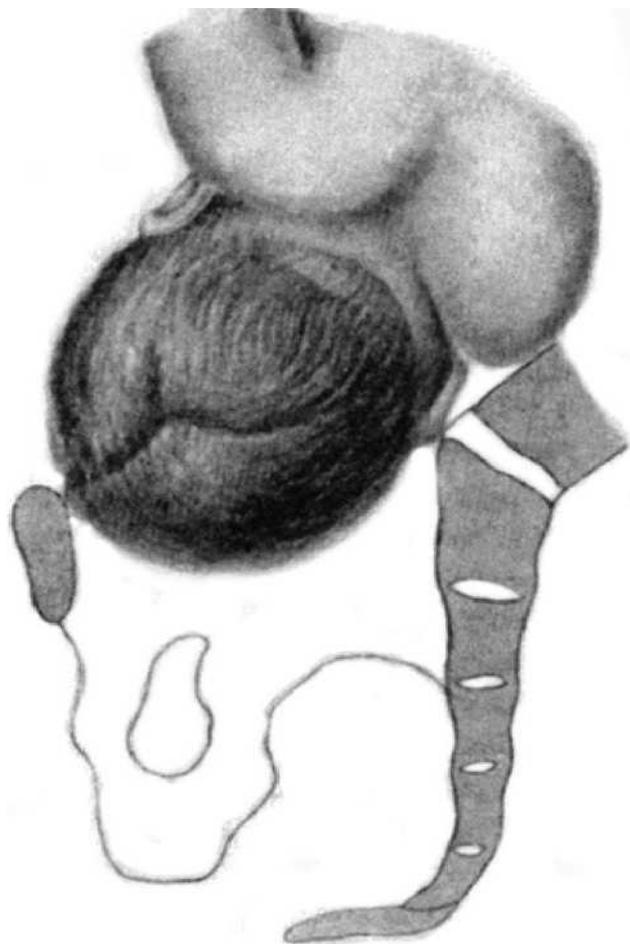




Различают передний
асинклитизм
(переднетеменное
вставление головки, когда
стреловидный шов
приближен к мысу

Патологический передний асинклитизм при
плоскорахитическом тазе
асинклитизм Негеле.





Задний асинклитизм
(заднетеменное
вставление головки, когда
стреловидный шов
приближен к лону

**Патологический задний асинклитизм при
плоскорахитическом тазе -
асинклитизм Литцманна**



ДИАГНОСТИКА

патологического

асинклитизма

- путём наружного исследования очень затруднена
- Решающее значение имеет **влагалищное исследование**, при котором можно прощупать стреловидный шов, установить его приближение к мысу (при переднем асинклитизме) или к лону (при заднем асинклитизме).
- В случае **резко выраженного асинклитизма** под лоном (передний асинклитизм) или ниже мыса (задний асинклитизм) определяют ушко или щёчку плода (ушное или щёчное предлежание).

Роды при слабо выраженном асинклитизме

- (особенно переднем) следует начать вести выжидательно, так как в большинстве случаев происходит самопроизвольное исправление положения головки плода.
- **Прогноз при патологическом асинклитизме сомнителен как для матери, так и для плода и зависит главным образом от своевременного распознавания и своевременного родоразрешения путём операции КС.**

Недопустимо

- длительное стояние головки (более 1 ч) в плоскости входа в таз, появление признаков клинически узкого таза.
- В этом случае, а также при диагностике резко выраженного асинклитизма, роды следует закончить операцией экстренного КС.
- Если плод мёртв, то в интересах здоровья и жизни матери следует произвести краниотомию

II.

ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКИЙ ТАЗ

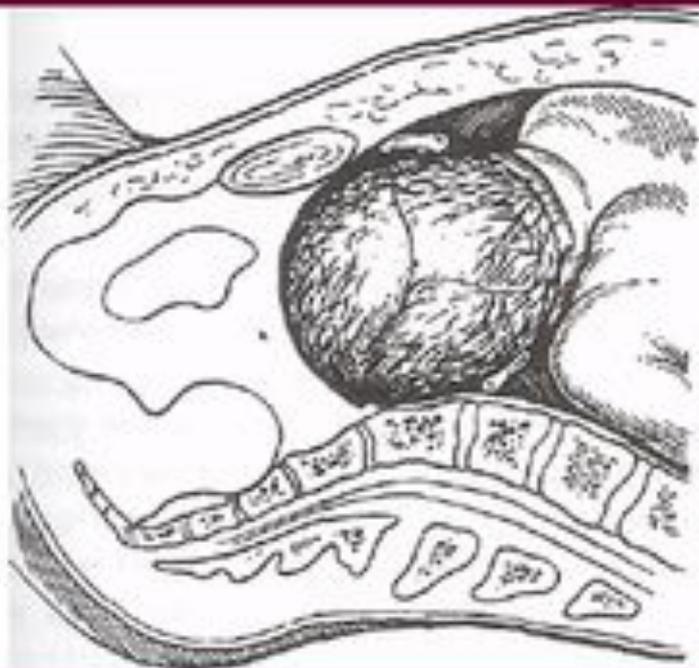
характеризуется:

- уменьшением прямого размера входа в таз
- нормальными или увеличенными остальными прямыми размерами таза
- уменьшением вертикального диаметра крестцового ромба
- почти равными размерами $d.spinaeum$ и $d.cristaeum$ и уменьшенной наружной конъюгатой
- уплощенным крестцом
- клювовидно загнутым кпереди копчиком

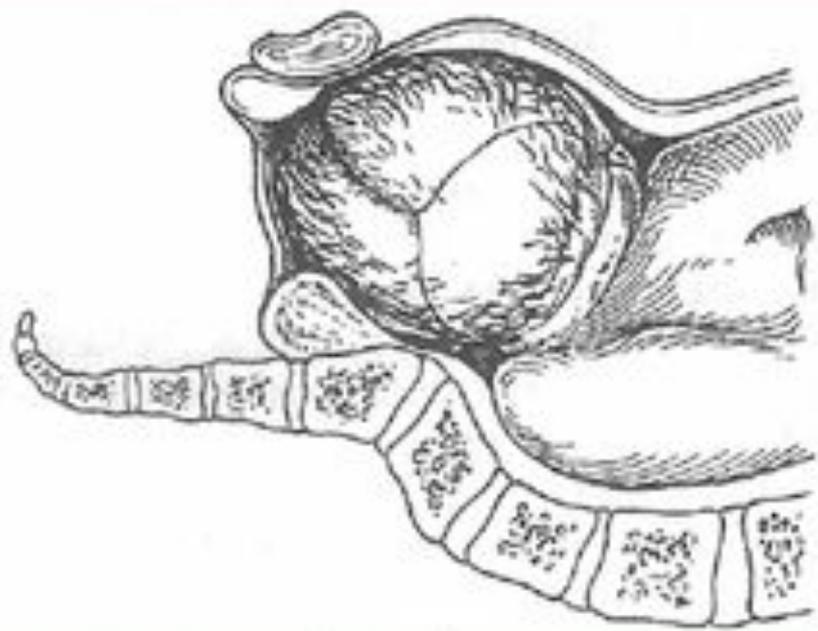
Особенности биомеханизма родов при плоскорохитическом тазе:

Момент биомеханизма	Причина
Долгое высокое поперечное стояние стреловидного шва	Только в поперечном достаточно места (во входе в таз наибольший размер – поперечный)
Опускание большого родничка (разгибание головки)	Битемпоральный размер, на котором расположен большой родничок, легче может пройти через суженный прямой размер, чем большой бипариетальный размер (с малым родничком).
Переднетеменное вставление (асинклитизм Негеле)	Вследствие выступания мыса задняя теменная кость задерживается на нем, а передняя теменная кость вступает во вход таза.

Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе:



Переднетеменной асинклитизм



Заднетеменной асинклитизм

III. Особенности биомеханизма родов при тазе с уменьшением прямого диаметра широкой части полости малого таза (21,8%)

1. характерно вставление головки плода стреловидным швом в поперечный размер входа в малый таз. Внутренний поворот головки затылком кпереди связан с переходом из широкой части полости в узкую.
2. Возможно косое асинклитическое вставление головки.
3. Роды в заднем виде сопровождаются клиническим несоответствием размеров головки плода и таза матери.

Основные размеры некоторых форм таза, поперечных, прямых,

СМ

Формы таза	D. spinarum	D. spinarum	D. trochanterica	C. externa	C. diagonalis	C. vera
Нормальный	25-26	28-29	30-31	20	12,5-13,0	11
Поперечносуженный	24-25	25-26	28-29	20	12,5	11
Общеравномерносуженный	24	26	28	18	11	9
Простой плоский	26	29	30	18	11	9
Плоскоррахитический	26	26	31	17	10	9
С уменьшением прямого размера широкой части полости таза	26	29	30	20	12,5	11

Механизмы родов при узком тазе

Критерии	Равномерно суженный таз	Простой плоский таз	Рахитический таз	Поперечно суженный таз
1-й момент	<p>Долгое стояние в плоскости входа- Максимальное сгибание головка Стреловидный шов только в косом размере</p>	<p>Долгое стояние в плоскости входа Умеренное разгибание головка Стреловидный шов только в поперечном размере- Асинклитическое вставление головки (Негеля)</p>	<p>■ Долгое стояние в плоскости входа. Умеренное разгибание головка Стреловидный шов только в поперечном размере. Асинклитическое вставление головки (Негеля)</p>	<p>■ Сгибание головка Стреловидный шов в прямом размере. Высокое прямое стояние стреловидного шва</p>
2-й момент	<p>Внутренний поворот головки с резкой конфигурацией головка Асинклитизм</p>	<p>Внутренний поворот при переходе из широкой в узкую часть таза</p>	<p>Внутренний поворот при переходе из широкой в узкую часть таза</p>	<p>Внутренний поворот при переходе из широкой в узкую часть таза</p>

Механизмы родов при узком тазе

3-й момент	Разгибание головки	Разгибание головки	Разгибание головки	Разгибание головки
4-й момент	Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки	Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки	Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки	Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
Проводная точка	Малый родничок	Большой родничок	Большой родничок	Малый родничок
Точка фиксации	Теменные бугры — внутренняя поверхность лонных дуг	Подзатылочная ямка — нижний внутренний край лонного сочленения	Подзатылочная ямка — нижний внутренний край лонного сочленения	Подзатылочная ямка — нижний внутренний край лонного сочленения

Размер, которым рождается головка	Малый косой — 9,5 см	Прямой — 12 см	Прямой — 12 см	Малый косой — 9,5 см
Родовая опухоль	В области малого родничка	В области большого родничка	В области большого родничка	В области малого родничка
Форма головы	Резко долихоцефалическая	Сплющенная	Сплющенная	Долихоцефалическая

Варианты вставления головки:

1. Синклитическое вставление головки.
2. Асинклитическое вставление головки.
 - А. Передне-теменной (Негелевский)
асинклитизм - сагиттальный шов
расположен ближе к мысу, вставляется
передне-теменная кость.
 - В. Задне-теменной (Лицмановский)
асинклитизм - сагиттальный шов
расположен ближе к симфизу.

- **Асинклитизмом** называют аномалию положения головки во входе или в полости малого таза, при которой стреловидный шов отклонён от срединной линии таза кпереди или кзади (к лону или к крестцу). В этом случае одна из теменных костей находится ниже другой (внеосевое вставление головки). Слабо выраженный асинклитизм не оказывает отрицательного влияния на течение родов, даже благоприятствует прохождению головки через плоскость входа в таз. Однако возможны случаи, при которых асинклитизм выражен настолько резко, что затрудняет или препятствует продвижению головки. Резко выраженные варианты внеосевого вставления головки называют **патологическим асинклитизмом**.

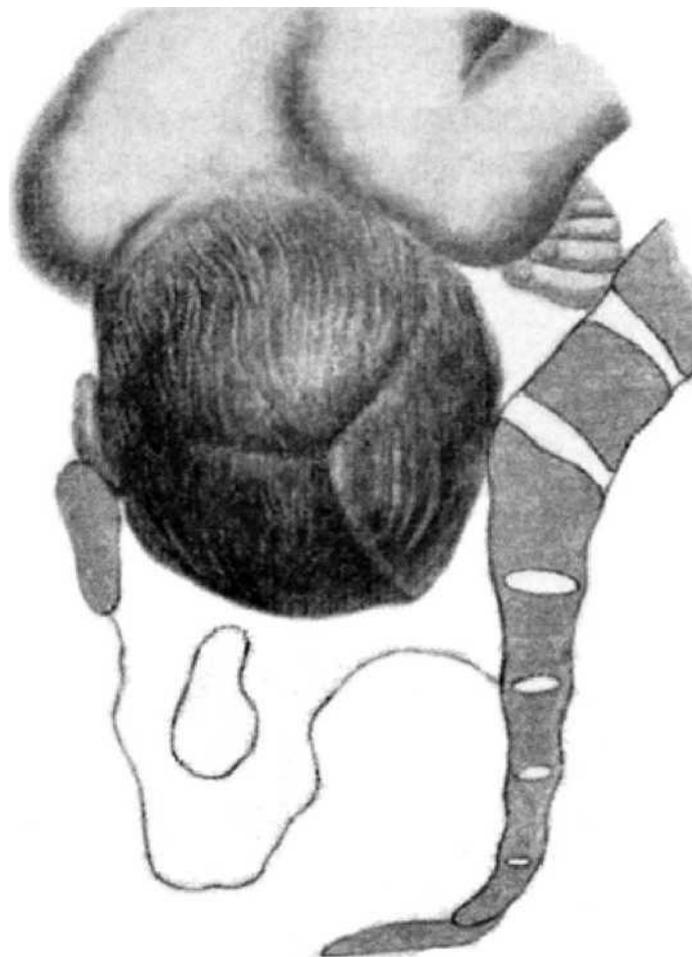
- **Различают передний асинклитизм**

(переднетеменное вставление головки, когда стреловидный шов приближен к мысу, и

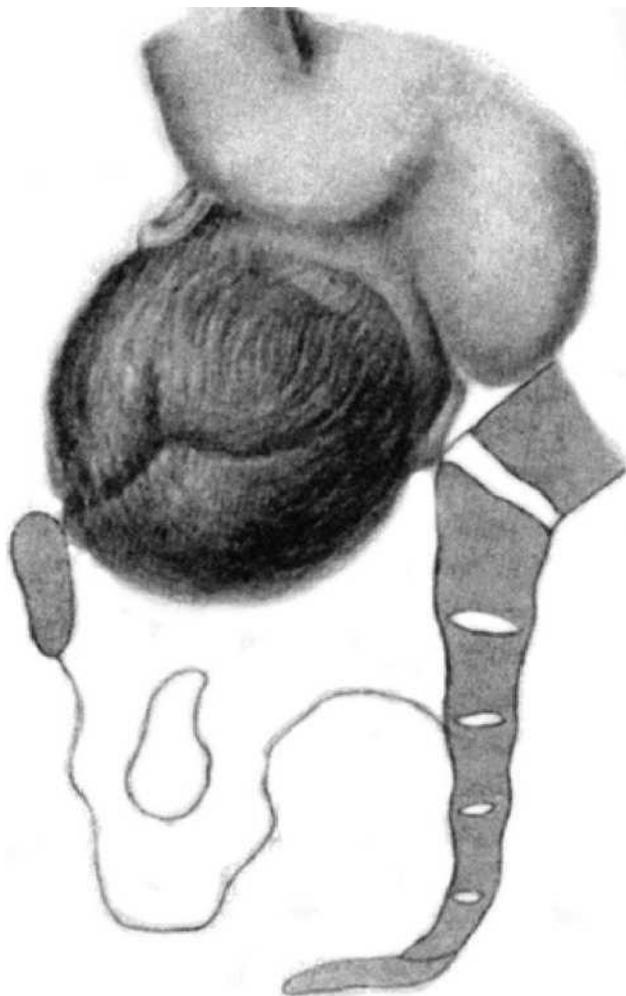
задний асинклитизм

(заднетеменное вставление головки, когда стреловидный шов приближен к лону

**Патологический передний асинклитизм при
плоскорахитическом тазе (асинклитизм Негеле)**



**Патологический задний асинклитизм при
плоскорахитическом тазе
(асинклитизм Литцманна)**



Осложнения во время беременности:

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

Особенности течения родов:

- раннее излитие вод
- выпадение мелких частей плода
- клинически узкий таз
- травматизм матери (урогенитальные свищи, разрыв матки) и плода, кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде.

Принцип ведения родов

- активновыжидательный под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода и сократительной деятельностью матки, с функциональной оценкой таза, адекватным обезболиванием, применением спазмолитических средств, профилактикой гипоксии плода и материнского травматизма.

III и IV степени сужения таза – абсолютное показание к кесареву сечению!!!

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 акушерсткий анамнез: мертворождение в анамнезе, бесплодие
4. Рубец на матке
5. Наличие моче-половых и кишечно-половых свищей
6. Неправильное положение плода

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

- это динамический процесс несоответствия размеров головки плода и таза матери.
- Клинически узким тазом называют все случаи несоответствия между головкой плода и тазом матери независимо от его размера.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

- ПОЛНОЕ ИЛИ ПОЧТИ ПОЛНОЕ ОТКРЫТИЕМ ШЕЙКИ МАТКИ (конец первого - начало второго периода родов)
- ФИКСИРОВАННАЯ ГОЛОВКА РЕБЕНКА
- ОТСУТСТВИЕ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

Этиология клинически узкого таза:

- анатомически узкий таз
- опухоли таза и матки
- крупный плод
- неправильные вставления головки
- гидроцефалия
- недостаточная способность головки к конфигурации (переношенная беременность)

Диагностические признаки клинически узкого таза:

- длительное стояния головки плода в одной плоскости и отсутствие продвижения во втором 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, Цангенмейстера (только при переднем виде!)
- непроизвольная потужная деятельность и появление симптомов угрожающего разрыва матки.

Классификация клинически узкого таза

- в зависимости от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода предусматривает
- **три степени несоответствия:**

I степень несоответствия:

- особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза;
- конфигурация головки хорошая.
- Эти моменты при наличии энергичной родовой деятельности способствуют преодолению головкой имеющегося препятствия со стороны таза и благоприятному исходу родов.
Длительность родового акта несколько больше обычной. Первый фактор при наличии энергичной родовой деятельности также способствуют завершению родов через естественные родовые пути.

II степень несоответствия:

- особенности вставления головки и механизма родов, свойственные данной форме сужения таза;
- резко выраженная конфигурация головки;
- длительное стояние головки в одной плоскости таза;
- симптомы прижатия мочевого пузыря (затруднённое мочеиспускание);
- признак Вастена вровень.

III степень несоответствия:

- особенности вставления головки, присущие форме сужения таза, часто механизм вставления головки не соответствует данной форме анатомически узкого таза;
- выраженная конфигурация головки или отсутствие способности головки к конфигурации;
- положительный признак Вастена;
- выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря, роженица не может самостоятельно мочиться, примесь крови в моче;
- преждевременное появление непроизвольных безрезультатных потуг;

Несоответствия размеров

головки плода и таза

роженицы:

- Длительное стояние головки над входом в таз, несмотря на хорошую родовую деятельность, большая родовая опухоль на головке.
- Положительный симптом Вастена и Цангемейстера при излившихся водах и прижатой ко входу в таз головке плода, полном или почти полном открытии маточного зева.

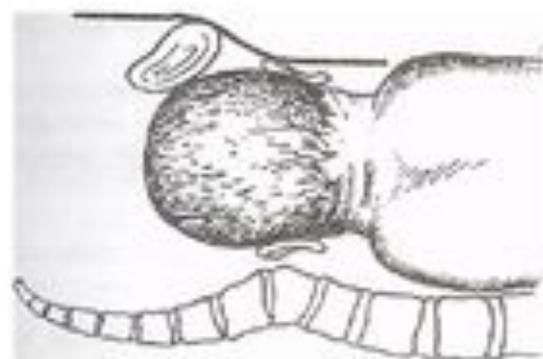
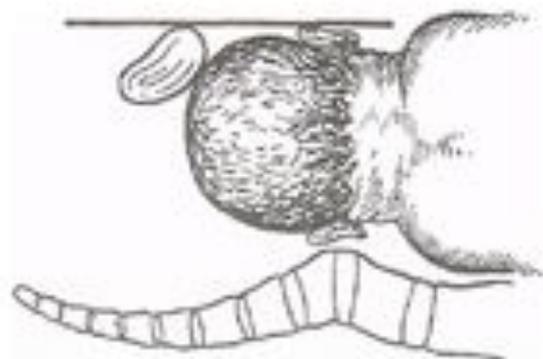
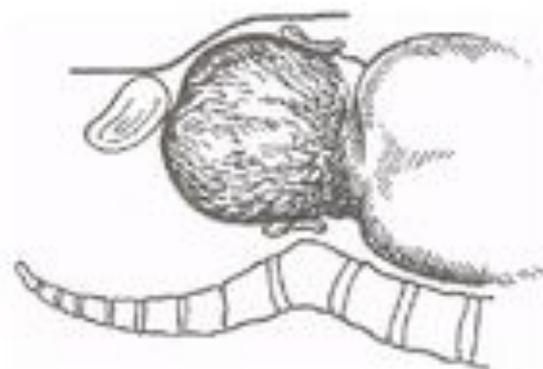
- 
- Нарушение мочеиспускания вследствие прижатия мочеиспускательного канала головкой плода.
 - ·Отёчность наружных половых органов и краёв маточного зева.
 - ·Перерастяжение нижнего сегмента матки.
Болезненность при пальпации, высокое стояние контракционного кольца.

ПРИЗНАК ВАСТЕНА

- определяют при наличии регулярной родовой деятельности, после излития вод и фиксации головки во входе в таз.
- Для исследования ладонь располагают на поверхности симфиза и передвигают вверх, на область предлежащей головки.

ПРИЗНАК ВАСТЕНА

- "Положительный" - ребро ладони исследователя при продвижении кверху от симфиза встречает препятствие - выступающую над верхним краем симфиза головку плода.
- "Вровень" - верхний край симфиза и головка плода находятся в одной плоскости.
- "Отрицательный" - головка плода расположена ниже верхнего края симфиза.



Признак Вастена

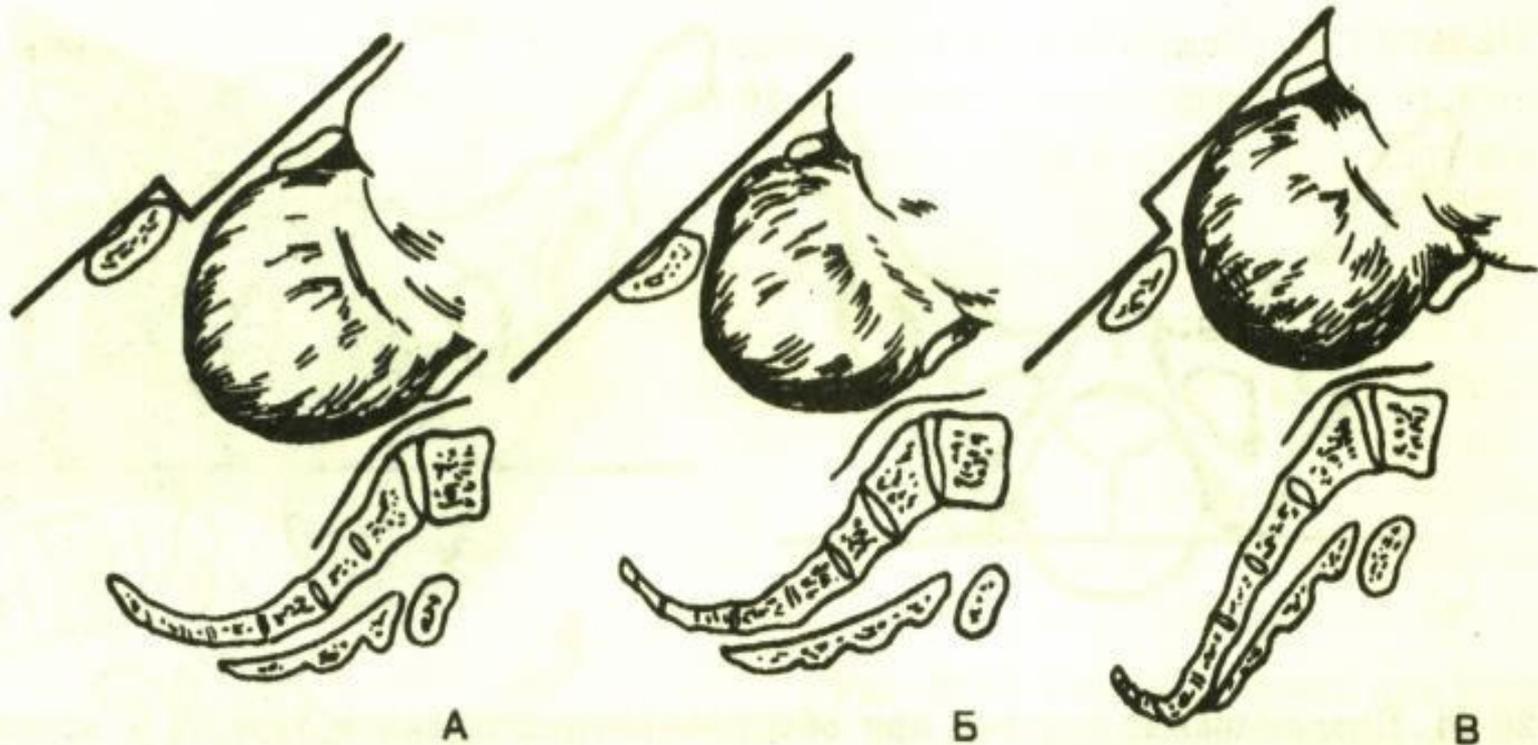


Рис. 20-27. Признак *Вастена*. А — отрицательный, Б — вровень, В — положительный [из: *ВИ Бодяжина и др. «Акушерство» М.: Литера, 1995*]

ПРИЗНАК ЦАНГЕМЕЙСТЕРА

- тазометром измеряют *S. externa*, затем переднюю брюшную браншу тазометра
- перемещают на наиболее выступающую часть головки плода (вторую браншу тазометра не переставляют)

ПРИЗНАК ЦАНГЕМЕЙСТЕРА

- Если полученный размер меньше величины *S. externa*, то признак Цангемейстера считают отрицательным;
- если больше – признак Цангемейстера положительный (несоответствие размеров головки плода и таза матери).
- Если полученные размеры равны, это указывает на относительное несоответствие головки плода и таза матери.

- 
- Наличие положительных симптомов Вастена и Цангемейстера — абсолютный признак функционально узкого таза,
 - является показанием к КС.

Плановое КС производят по следующим показаниям:

- анатомически узкий таз II–III степени сужения, деформация таза, экзостозы, костные опухоли;
- сочетание I степени сужения таза с акушерской патологией: переносенный, крупный плод, тазовое предлежание, неправильное положение и предлежание плода, тяжёлый гестоз, хроническая гипоксия плода, пожилой возраст первородящей, рубец на матке, мертворождение в анамнезе, аномалии развития половых органов, беременность после ЭКО.

○ ЭКСТРЕННАЯ операция КС:

- Роды заканчивают при осложнённом течении (несвоевременное излитие ОВ, аномалии родовой деятельности, клиническое несоответствие размеров головки плода и таза матери, отслойка плаценты, острая гипоксия плода, кровотечение).
- ·При несоответствии размеров таза и головки, которая находится в широкой части полости таза, следует произвести КС.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**